

Dora Isabel Fialho Pereira

PARENTALIDADE E PROTEÇÃO À INFÂNCIA

UM GUIA PARA A AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE PARENTAL

Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Madalena Moutinho Alarcão e Silva, no âmbito do Programa Interuniversitário de Doutoramento em Psicologia (Psicologia da Família e Intervenção Familiar), da Universidade de Coimbra e da Universidade de Lisboa, tendo em vista a obtenção do grau de Doutor em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica.

setembro / 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Dora Isabel Fialho Pereira

PARENTALIDADE E PROTEÇÃO À INFÂNCIA
UM GUIA PARA A AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE PARENTAL

Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação da Prof. Doutora Madalena Moutinho Alarcão e Silva, no âmbito do Programa Interuniversitário de Doutoramento em Psicologia (Psicologia da Família e Intervenção Familiar), da Universidade de Coimbra e da Universidade de Lisboa, tendo em vista a obtenção do grau de Doutor em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica.

Coimbra, setembro de 2013

Contatos do Investigador Dora Isabel Fialho Pereira
Email: disabelp@netvisao.pt; disabelp@gmail.com
Ilustração da capa: Carlos Rasteiro (www.datagrama.pt)

Aos meus pais

RESUMO

No contexto da proteção à infância, as avaliações das capacidades parentais são frequentemente o elemento decisivo relativamente à intervenção com a criança e a família e à definição do seu projeto de vida. Contudo não existem instrumentos validados para o contexto português, destinados especificamente a este tipo de avaliação, que permitam clarificar procedimentos e guiar o processo de juízo clínico e tomada de decisão, tornando-os menos subjetivos e menos dependentes da *agenda* pessoal e/ou institucional do avaliador.

Esta investigação tem como objetivo contribuir para a validação do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (DeRancourt, Paquette, Paquette, & Rainville, 2006) no contexto do sistema de promoção e proteção português. O trabalho desenvolvido é de natureza iminentemente qualitativa e envolveu três fases que abordaram a validade ecológica (F1), a fiabilidade (ao nível do acordo inter-avaliadores) (F2) e a validade preditiva (F3) do instrumento. Desenvolveu-se através da participação de profissionais do sistema de promoção e proteção, em *focus group* (em F1), e da aplicação do Guia, por três avaliadores distintos, a 10 casos de pais de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, acolhidas em Centros de Acolhimento Temporário (F2). Os mesmos profissionais forneceram informação relativa à avaliação da hipótese prognóstica após 6 e 12 meses (F3). Do estudo de validade ecológica concluiu-se que o Guia assenta em conhecimento científico atualizado (nas áreas da avaliação, da parentalidade e da intervenção em matéria de proteção à infância), tendo sido sugeridas algumas alterações a nível do conteúdo, estrutura e metodologia de aplicação, de forma a maximizar a sua aplicabilidade no contexto português. Em F2 e F3 concluiu-se que o instrumento pode gerar um elevado nível de acordo entre os avaliadores e que as conclusões têm elevado valor preditivo e são úteis para a tomada de decisão. O tamanho reduzido e a

homogeneidade da amostra limitam o alcance destas conclusões e sugerem várias pistas para investigação futura, de forma a sustentar os resultados obtidos. Os referenciais conceptuais desenvolvidos ao longo da investigação - a matriz dos indicadores de parentalidade minimamente adequada, o modelo funcional do comportamento parental, e os critérios de classificação da parentalidade - poderão e deverão constituir-se como objetos de estudo, de modo a aprofundar a sua densidade teórica e a sua aplicabilidade.

O valor acrescentado desta investigação reside na disponibilização de linhas condutoras do processo de avaliação das capacidades parentais, sistematizadas num instrumento de juízo clínico que, quando corretamente utilizado, gera um elevado nível de acordo entre os profissionais e garante a qualidade da avaliação da parentalidade, com evidentes repercussões no contexto da proteção da criança.

ABSTRACT

In child protection work field, parenting capacity assessments are often the decisive element to the intervention with the child and his/her family and the definition of his/her life project. However there are no validated instruments for the portuguese context for this type of assessment; that could clarify the procedures and guide the process of clinical judgment and decision-making, turning them less subjective and less dependent on the professional personal or organizational agenda.

This work main aim is to contribute to the validation process of the Parental Capacity Evaluation Guide (DeRancourt, Paquette, Paquette, & Rainville, 2006) on the portuguese child protection system. The research has a qualitative nature and included three distinct steps, that approached the Guide' ecological validity (S1), reliability (inter-raters' agreement) (S2) and predictive validity (S3). It was developed through the participation of child protection workers, on focus groups (S1) and Guide's application by three different evaluators on 10 cases of parents of children aged 0 to 5 years, looked after in Temporary Shelters (S2). These same professionals provided information regarding the assessment of the prognostic' hypothesis after 6 and 12 months (S3). Ecological validity study was concluded that the Guide is based on current scientific knowledge (in the areas of assessment, parenting and child protection intervention), and were suggested changes to its content, structure and application methodology to maximize its applicability in the portuguese context. In S2 and S3 was concluded that the instrument can generate a high level of agreement between the evaluators and the findings have high predictive value and are useful for decision making. The small size and homogeneity of the sample limit the scope of these conclusions and suggest several avenues for future research in order to consolidate them. The conceptual frameworks developed throughout the investigation - the matrix of indicators of minimally adequate parenting, the functional model of

parental behavior, and the criteria for classification of parenting - can and should be studied, in order to deepen their theoretical density and its applicability.

The added value of this research is that it offers the guidelines of parenting capacity evaluation process in a systematic clinical judgment tool that, when correctly applied, can generate a high level of agreement between professionals and ensure the parenting assessment 'quality, with evident implications on child protection field.

AGRADECIMENTOS

Há quem diga que quando se quer muito uma coisa, todo o universo conspira a nosso favor... bem, eu não sei se foi todo o Universo, mas chegada a este momento que quis tanto, devo agradecer aos que efetivamente o tornaram possível, construindo-o comigo.

À Prof.^a Madalena pelo desafio de entrar neste programa de doutoramento e pela forma atenta, rigorosa, dedicada e empenhada como orientou este trabalho e aceitou desenvolver uma ideia que teimosamente me acompanhou desde o início; por saber ouvir e dar forma a pensamentos por vezes dispersos; pela flexibilidade de horários, de espaços de reunião, que facilitaram enormemente este processo; por respeitar o meu ritmo e confiar que conseguiria chegar aqui.

À Isabel Silva, pela ajuda em importantes momentos deste trabalho e pela partilha de aventuras internacionais. Descobrimos interesses comuns e levámo-los longe! Que o continuemos a fazer!

Aos colegas e professores da 1^a edição deste Programa de Doutoramento Inter-Universitário, pelo ambiente de apoio e quase familiar que se foi criando entre todos e que tornou esta formação académica humanamente memorável!

À Vanessa Mota e à Helena Azeiteiro, pela colaboração na recolha e análise dos dados.

À Geca, colega e Amiga que acompanhou e possibilitou este percurso desde o início; pelo apoio incondicional, a flexibilidade, o interesse, pela partilha dos vários passos, a colaboração nas formações, no desenvolvimento do instrumento, no experimentar do mesmo, pela reflexão que já fazemos juntas há tanto tempo e tantos casos.

À Direção da Associação “Chão dos Meninos”, na pessoa do Dr. Rui Rosado: foi a ACM que deu o mote a esta tese, ao ter-me proporcionado a ida ao Canadá, bem como ao ter viabilizado a sua execução, e é à ACM que ele se destina em primeiro lugar, aos profissionais que mais ou menos diretamente a contactam, espelhando assim a troca que me parece dever existir continuamente entre a academia e a prática.

Aos colegas da Associação “Chão dos Meninos” que positivamente contribuíram para este trabalho, pela colaboração direta, a paciência com que lidaram com as minhas ausências e pelo interesse e incentivo que me transmitiram.

Aos colegas dos Centros de Acolhimento, das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e dos Centros Distritais, de Évora, Beja e Portalegre, que tão generosamente colaboraram nesta investigação e aos respetivos dirigentes que autorizaram tal participação.

Ao Dr. Armando Leandro, Dr. Paulo Guerra, Dr. Norberto Martins, Dr.^a Joana Marques Vidal, Dr.^a Rosário Rodrigues, Dr. António Santinha, Dr.^a Olga Fonseca, Prof.^a Isabel Alberto, Prof.^a Rosa Novo e Prof.^a Paula Martins, pela generosidade e pelo privilégio que me concederam ao participar neste trabalho e partilhar comigo as suas reflexões.

Ao Dr. Guy Drudi, que à distância de um oceano, me apoiou na execução desta investigação e me ajudou muito no francês! Para além de lhe dever a experiência memorável que nos proporcionou em Montréal, e que se repercutiu assim, tal qual bater de asas de borboleta, em Portugal.

Aos familiares e amigos que souberam compreender as minhas ausências e incentivar-me nas presenças. À Teresa e à Dina, especialistas nesta compreensão! À Isabel, à Noca e ao Paulo Leocádio, o acolhimento nas idas a Coimbra.

Ao Carlos, meu Amigo e Companheiro, pela ajuda preciosíssima na parte informática, pela paciência na resposta a todas as minhas urgências e exigências (e foram muitas...!), pela dedicação e carinho colocados em cada uma delas.

Aos meus Pais, o meu modelo de parentalidade adequada. Devo este trabalho à forma como me educaram, como cuidaram e cuidam de mim, e me incentivaram a ir em frente neste desafio, apoiando-me todos os dias de muitas maneiras!

MUITO OBRIGADA!!

Dora

Setembro/2013

ÍNDICE

RESUMO	v
ABSTRACT	vii
AGRADECIMENTOS	ix
INTRODUÇÃO - Parentalidade, Risco e Mudança	1
Fundamentos Epistemológicos e Teóricos para a Compreensão da Parentalidade	4
Percurso da Investigação	20
Organização da tese	25
Referências Bibliográficas	28
CAPÍTULO I - A Avaliação da Parentalidade	35
1.1 Parentalidade Minimamente Adequada: Contributos para a operacionalização do conceito	43
Parentalidade	46
Método	54
Resultados	57
Conclusões	61
Referências Bibliográficas	64
1.2 Avaliação da Parentalidade no Quadro da Proteção à Infância	71
Avaliação da parentalidade: conceitos de referência	76
O processo de avaliação da parentalidade	80
Conclusão	95
Referências Bibliográficas	97
Síntese	107
CAPÍTULO II - O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais	109
2.1 Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo de validade ecológica	119
A Avaliação da Capacidade Parental	120
O Guia	126
Validade Ecológica	128
Método	129
Análise e Discussão dos Resultados	133
Conclusões	138
Referências Bibliográficas	139

2.2 Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo exploratório da fiabilidade em profissionais da proteção à infância.....	143
O Estudo de Fiabilidade	147
Método	147
Resultados	158
Conclusões	163
Referências Bibliográficas	165
2.3 L'Attachement et la Capacité Parentale: Implications pour le processus d'évaluation dans le contexte de la protection de l'enfance.....	169
Introduction	170
Méthode.....	180
Résultats	188
Conclusions	192
Références Bibliographiques.....	195
2.4 A Tomada de Decisão no Âmbito da Avaliação das Capacidades Parentais	201
Decidir no Sistema de Promoção e Proteção à Infância.....	203
Método	212
Resultados	216
Conclusões	223
Referências Bibliográficas	224
2.5 Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo de validade preditiva.....	229
Diagnóstico e Prognóstico na Avaliação das Capacidades Parentais.....	232
Método	238
Resultados	242
Conclusões	246
Referências Bibliográficas	248
Síntese.....	257
DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES - Da Investigação à Prática Clínica.....	261
Conclusões da Investigação.....	263
Desafios Organizacionais à Implementação do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais	279
Sinopse do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais.....	283
Nota final.....	286
Referências Bibliográficas	286
ANEXOS	291
ANEXO A - CODE BOOK: CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO GERADA PELOS FOCUS GROUP.....	293

ANEXO B - CARACTERIZAÇÃO DO GUIA DE AVALIAÇÃO DAS CAPACIDADES PARENTAIS.....	309
ANEXO C - ESTUDO DE FIABILIDADE: ACORDO INTER-PROFISSIONAIS POR QUESTÃO E DECISÃO DE CLASSIFICAÇÃO.....	315
ANEXO D - CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO.....	319

INTRODUÇÃO

Parentalidade, Risco e Mudança

Parentalidade, Risco e Mudança

A parentalidade é um processo determinante na qualidade do desenvolvimento humano. A forma como se é cuidado e como se evolui para cuidador estruturam o funcionamento psíquico, influenciando decisivamente o comportamento de cada indivíduo em todos os contextos em que se integra. Este trabalho integra duas perspectivas sobre a organização da parentalidade: i) uma abordagem centrada na criança e nos seus interesses (Welbourne, 2012) mas em que domina a visão adulta do que é melhor para a criança; ii) uma perspectiva de parentalidade social (Barudy & Dantagnan, 2005) segundo a qual o vínculo biológico ou a capacidade de procriar não garantem a qualidade da parentalidade, sendo que a forma como ocorre o desenvolvimento de cada indivíduo é o principal fator que constrói a sua capacidade de desempenhar a função parental.

Nas situações em que a criança se encontra numa situação de risco ou perigo, consubstanciando-se ou não a ocorrência de maus tratos, a função parental é posta em causa, o que legitima a intervenção dos serviços de proteção à infância. A avaliação da parentalidade surge como tarefa incontornável para os profissionais, imbuídos da missão de garantir uma função que (eventualmente) os cuidadores diretos da criança já não estarão a assegurar da melhor forma, ou seja, proteger a criança e assegurar a qualidade do seu desenvolvimento. Entende-se, por isso, que a função parental transcende as paredes da vida familiar e é partilhada com os elementos do sistema social alargado da família. Embora seja recente o reconhecimento da criança como um sujeito de direitos (a Convenção dos Direitos da Criança data de 1989), é certo que muito e rapidamente se

tem evoluído no que respeita à proteção à infância, e muito haja ainda por fazer quanto ao conhecimento e qualidade da intervenção nesta área.

Como diz Çakir (2012), o conhecimento é uma construção social e linguística da realidade pelo que a procura pelo conhecimento absolutamente certo é substituída por uma conceção de conhecimento defensável. A parentalidade tem vindo a desenvolver-se como área de conhecimento, sendo objeto de múltiplas investigações em áreas como a sociologia, a psicologia, o serviço social, a antropologia ou a biologia. No que toca à psicologia, a compreensão da parentalidade tem ainda uma história curta, avançando o interesse científico neste tema à medida que as abordagens desenvolvimentistas têm ganho espaço conceptual e os sistemas de proteção à infância se têm desenvolvido, criando a necessidade (urgente) de fundamentar cientificamente as estratégias de intervenção social e psicoterapêutica que visam garantir a efetivação dos direitos da criança.

O presente trabalho pretende abordar, em profundidade, a avaliação da parentalidade nos contextos da proteção à infância e contribuir para a sistematização de conhecimento relativo à sua condução e utilização no contexto português.

Fundamentos Epistemológicos e Teóricos para a Compreensão da Parentalidade

A epistemologia, como refere Dickerson (2010, p.349), consiste em “pensar acerca de como se pensa” e o reconhecimento da posição epistemológica marca uma postura reflexiva perante a prática, constituindo-se como referencial de atuação dos profissionais. Neste trabalho adota-se uma posição epistemológica sistémica/ estruturalista, informada pelo construcionismo social.

O pensamento sistémico contrasta com o modelo cartesiano ao entender o sistema como um todo maior do que a soma das partes, o problema como uma perturbação

sistémica e a mudança como podendo ser provocada por outros sistemas que com aquele interajam (Dickerson, 2010). Stanton e Welsh (2012) apontam onze características ao pensamento sistémico, que se adotam como pilares epistemológicos deste trabalho: (1) desafia a forma de pensar habitual; (2) foca o sistema, não os seus componentes isoladamente; (3) compreende a complexidade no seu dinamismo, procurando distinguir quais são os fatores que influenciam de forma mais relevante o funcionamento do sistema; (4) reconhece a reciprocidade e a interdependência entre os elementos do sistema; (5) conceptualiza a mudança como podendo ser suscitada por elementos exteriores ao sistema (nomeadamente os profissionais); (6) reconhece padrões de funcionamento, identificando estruturas que associam comportamentos aparentemente não relacionados; (7) considera a imprevisibilidade da evolução do sistema; (8) contempla as relações existentes dentro e fora do sistema, (9) aceita a ambiguidade, tendo em conta que o desconhecido faz parte do funcionamento dos sistemas; (10) considera diferentes perspetivas/níveis de análise para melhor compreender a complexidade dos sistemas; (11) integra o tempo (passado, presente e futuro) como fator fundamental para tal compreensão.

Observam-se no sistema de proteção à infância (Wulczyn, Daro, Fluke, Feldman, Glodek, & Lifanda, 2010) características comuns a todos os sistemas, tais como: i) a existência de componentes organizados em torno de um objetivo comum, neste caso a proteção das crianças e a promoção do seu desenvolvimento; ii) uma estrutura de diferentes níveis concêntricos (criança, família, sociedade) de complexidade crescente, sendo a parentalidade um processo transversal dado que caracteriza o funcionamento individual e familiar, mas transcende os mesmos e abarca os níveis sociais; iii) o carácter determinante da coordenação da interação entre os subsistemas (as diferentes estruturas/serviços que integram o sistema de proteção), de modo a que o sistema seja

reforçado, nos seus objetivos e limites, pelos outros com que se relaciona; iv) o funcionamento através de um conjunto específico de processos, estruturas, e capacidades, influenciado, e por vezes determinado, pelo contexto em que opera.

O estruturalismo “ênfatiza a lógica e os resultados científicos” e considera que “cada sistema tem uma estrutura que é ‘real’ e que subjaz à superfície do significado” (Dickerson, 2010, p.350). No sistema de proteção essa estrutura decorre do significado atribuído à infância e a diferentes práticas dos prestadores de cuidados. O construcionismo social sugere que o conhecimento advém da interação entre as pessoas, e entre pessoas, sociedade e ambiente (Gergen, 2003), sendo as influências sociais, políticas, históricas, culturais e económicas do nosso mundo que modelam o nosso conhecimento e perceções.

O trabalho que se apresenta é o produto da construção conjunta dos vários participantes diretos e indiretos (desde a investigadora, a orientadora, os profissionais, as crianças e famílias, e os autores citados) e reflete exatamente o processo de construção do conhecimento decorrente da sua interação, como proposto por esta corrente de pensamento.

Partindo desta posição epistemológica, o modelo ecológico de Bronfenbrenner surge como um marco incontornável na compreensão do desenvolvimento humano. Como refere o autor, “o desenvolvimento humano ocorre através de processos de interações progressivamente mais complexas, entre um organismo humano biopsicológico ativo e em evolução e as pessoas, objetos, e símbolos no seu ambiente externo imediato.” (Bronfenbrenner, 1999, p.5). Caracteriza tais interações como recíprocas, regulares e duradouras e designa-as como processos proximais, considerando que a forma, poder, conteúdo, e direção dos processos proximais variam em função das características da pessoa, do ambiente (imediato ou remoto), da natureza dos resultados

desenvolvimentais e das continuidades e mudanças sociais que ocorrem ao longo do tempo. Os contextos ambientais influenciam, portanto, os processos proximais e a qualidade do desenvolvimento, em termos dos recursos que disponibilizam e da sua estabilidade e consistência ao longo do tempo. Estes diferentes níveis ecológicos (indivíduo, microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema) e o cronossistema são assim indissociáveis na compreensão do desenvolvimento humano (cf. modelo contextual desenvolvimental de Lerner & Castellino, 2002).

Assente neste referencial ecológico, Belsky propõe, em 1984, o modelo dos determinantes do comportamento parental, no qual organiza, conceptualmente, um conjunto de variáveis que influenciam direta e indiretamente a forma como os pais *são pais*: a história do seu desenvolvimento, a personalidade, a relação conjugal, o desenvolvimento da criança e as suas características, o trabalho dos pais e a rede social. Este modelo tornou-se um importante organizador da avaliação da parentalidade, sendo assumido pela maioria dos autores a indissociabilidade da interação pais-criança-contexto na compreensão do comportamento parental.

A investigação das últimas décadas tem salientado a importância do sistema de vinculação como principal organizador da psique humana, sendo as teorias da vinculação e o conceito de modelos internos dinâmicos (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1969; Main, 1995) essenciais para compreender como cada indivíduo se posiciona perante si mesmo, os outros e o mundo. Ao salientar as relações de vinculação entre os prestadores de cuidados e a criança, bem como o contexto onde as mesmas ocorrem, a leitura desenvolvimental tem permitido compreender a intergeracionalidade da parentalidade (Bretherton, 1990; Dykas & Cassidy, 2011; van IJzendoorn, 1995). As implicações desenvolvimentais dos diferentes estilos de vinculação, com ligações cada vez mais comprovadas (cf. Soares, 2007) entre vinculação segura e evolução desenvolvimental

saudável e entre desorganização e evolução com elevado potencial psicopatológico, tornaram ainda mais evidente a importância de focar os esforços de prevenção dos maus tratos infantis e de promoção do desenvolvimento infantil saudável na qualidade das relações de vinculação. Reconhecido o risco e o potencial que tais relações comportam, a sua avaliação tornou-se uma tarefa obrigatória no contexto da avaliação da parentalidade, constituindo o principal fundamento das decisões no que respeita aos projetos de vida das crianças.

Em 2008, Steve Farnfield aprofunda o contributo das teorias da vinculação, diferenciando cinco dimensões nucleares da parentalidade, organizadas da seguinte forma: sistema de vinculação na infância, que integra o (1) “state of mind” dos pais relativamente às suas vinculações na infância e (2) o grau de resolução relativamente a perda e trauma dos pais; sistema de vinculação conjugal/casal, mais especificamente (3) o estado do casamento/relação sexual adulta; o sistema afiliativo/suporte alargado, nomeadamente (4) os recursos da família, amigos e comunidade; e o sistema de prestação de cuidados, no que toca (5) ao significado da criança para o prestador de cuidados. Estas cinco dimensões interagem num “sistema ecológico dinâmico” (Farnfield, 2008, p.1077), em função da especificidade de cada criança e de condições modificadoras do comportamento parental, sejam modificadores intrapessoais (doença mental, distúrbio de aprendizagem, abuso de substâncias e parentalidade adolescente) ou interpessoais (contexto socioeconómico e cultural e respetivas normas).

O avanço conceptual deste modelo reside na consideração da *integração* como variável chave na compreensão do comportamento parental. Definida como “um processo neurológico que permite à mente humana notar discrepâncias entre diferentes tipos e fontes de informação” (Damásio, 1995, 2000, cit. por Farnfield, 2008, p. 1091), a integração é considerada por Farnfield como a via pela qual os pais utilizam a

informação para alterar o seu comportamento, ou seja, como têm (ou não) em conta a complexidade de influências que fazem deles o que são. Segundo o autor, um funcionamento integrado ajuda a lidar com os problemas de saúde mental e com as dificuldades decorrentes de problemas de vinculação. No entanto, os modificadores intrapessoais podem prejudicar o processo de integração, dificultando a tomada de consciência e a alteração subsequente do comportamento. Curiosamente, já Bronfenbrenner e Morris (1998, cit. por Bronfenbrenner & Evans, 2000, p.118) apontavam a não integração como um componente da “disfunção” que definiam como “manifestação recorrente de dificuldades em manter controlo e integração do comportamento através de diferentes situações e domínios de desenvolvimento”. Crittenden (2008) aprofunda esta linha de pensamento propondo estratégias de intervenção diferenciadas em função do nível de integração em que os pais se situam.

Os referenciais teóricos apresentados têm três denominadores comuns que importa sublinhar. Desde logo, enquadram-se numa perspetiva desenvolvimental: implicam mudança ao longo do tempo e enfatizam “o papel crítico do *timing* na organização do comportamento” (Cicchetti & Toth, 2009, p.16), têm em conta os seus múltiplos determinantes e adotam os conceitos de equifinalidade (um determinado resultado desenvolvimental pode advir de causas e processos muito diferentes) e de multifinalidade (múltiplos resultados podem advir de um único fator ou mecanismo) (Davies & Cicchetti, 2004). Em segundo lugar, em todos estes referenciais são focados os processos proximais promotores do desenvolvimento que poderão traduzir-se em aquisição e manutenção de competências ou em disfunção (Bronfenbrenner & Evans, 2000) consoante as características da exposição (duração, frequência, interrupção, *timing* e intensidade) aos diferentes contextos. Ou seja, as características da pessoa (dos pais, das crianças ou dos membros da rede social a que pertencem) são produtores e produto de

desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1999, p.5). Finalmente, em todas estas perspetivas teóricas é comum uma visão holística segundo a qual qualquer parte ganha significado e sentido a partir das outras partes (Davies & Cicchetti, 2004). O sentido adaptativo ou maldaptativo de qualquer dimensão do funcionamento parental só pode ser compreendido tendo em conta os contextos de pertença.

Em suma, salientam-se cinco ideias chave que suportam conceptualmente este trabalho:

1. Os pais são produto e produtores de processos de desenvolvimento;
2. Tais processos são influenciados por elementos provenientes dos diferentes níveis ecológicos;
3. A criança, os pais e os contextos em que se integram constituem sistemas abertos que se influenciam mutuamente num ecossistema único;
4. A vinculação é o processo proximal com implicações desenvolvimentais mais abrangentes;
5. A integração é o processo neurológico que medeia a utilização de informação para a alteração do comportamento.

A Mudança no Contexto da Proteção à Infância

No contexto da proteção à infância, a compreensão da parentalidade transcende a dimensão teórica e liga-se a um objetivo concreto, a proteção e a promoção do desenvolvimento da(s) criança(s). Perante o perigo ou risco em que a criança se encontra, a intervenção dos profissionais passa pela ativação de mecanismos que garantam a sua segurança e bem-estar, nomeadamente por alterações no próprio comportamento parental. Só quando os pais são reconhecidos como incapazes ou indisponíveis para promover o desenvolvimento dos seus filhos de forma minimamente adequada é que a

comunidade (via sistema de proteção) oferece alternativas de cuidado à criança que podem passar pela colocação familiar ou institucional, temporária ou definitiva. Como entender então o processo de mudança que se espera das figuras parentais?

Tal como Barudy (1998), entendemos o processo de mudança “na sua complexidade interacional, contextual e histórica” (p.3). Tal processo observar-se-á em toda a ecologia familiar (e não apenas nos pais), sendo todos os membros da rede social, incluindo os profissionais da proteção à infância, parte ativa nesse processo de mudança.

O modelo trans-teórico de Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), cuja aplicação se direciona para os comportamentos aditivos, tem sido frequentemente utilizado como referência para compreender o processo de mudança, inclusivamente na área da proteção à infância (DeRoma, Kessler, McDaniel, & Soto, 2006; Gelles, 2000; Horwath & Morrison, 2001; Morrison, 2010; Prochaska, et al., 2005). Contudo, Corden e Somerton (2004) consideram tal aplicação inadequada pelas seguintes razões: 1) os comportamentos aditivos diferenciam-se de outros comportamentos pela alteração química cerebral que é induzida pelos mesmos. Tal alteração não é evidente em todos os comportamentos parentais, ainda que apontem os comportamentos de vinculação e os comportamentos sexualmente abusivos como podendo ter características aditivas; 2) nem sempre a mudança no comportamento parental requer períodos de contemplação e preparação pois a alteração decorre da interação de múltiplos fatores, nomeadamente os que decorrem da relação com a criança e não “apenas” da interação entre um indivíduo e uma substância química; 3) a identificação da fase do processo de mudança em que os pais se situam não é aplicável em avaliações pré-natais (anteriores ao nascimento da criança) ou em pais com debilidade mental ou com perturbações psiquiátricas. Tal ocorre porque nos primeiros ainda não é observável o comportamento parental em si mesmo; nos segundos porque a aquisição de novos comportamentos/competências pode ocorrer

por imitação e não por utilização de processos cognitivos complexos como a planificação, execução e avaliação (em foco no modelo) e nos terceiros porque tais perturbações não são suscetíveis de mudança através de contemplação e preparação; 4) o modelo encara as recaídas como parte do processo de mudança e isso não é legítimo na área da proteção à infância. Acresce que a simples eliminação de comportamentos desadequados pode não ser sinónimo de uma parentalidade minimamente adequada, pois pode estar em causa a aquisição de novas competências; 5) o tempo de progressão ao longo dos diferentes estádios da mudança pode não corresponder às necessidades das crianças.

Littell e Girvin (2004) apontam igualmente várias objeções: (1) o modelo dos estádios da mudança aplica-se a problemas de natureza individual; contudo, ainda que os maus tratos infantis possam ser considerados como uma problemática centrada no comportamento de prestação de cuidados, a mesma não tem uma natureza somente intrapessoal, sendo antes reconhecido como um problema determinado por fatores pertencentes a diferentes níveis ecológicos; (2) a própria definição de parentalidade minimamente adequada, ou das diferentes formas de mau trato não é consensual, o que significa que também não é o comportamento que deve ser alterado e o sentido em que o mesmo deve ser feito (ao contrário do que acontecia com as aplicações iniciais do modelo ao tabagismo ou ao abuso de drogas, cujo objetivo era claramente a eliminação do comportamento aditivo); (3) os pais podem estar em várias fases do processo de mudança, relativamente a diferentes aspetos do seu comportamento parental; (4) a mudança é um processo que ocorre ao longo de um *continuum* e não através de fases discretas, e que pode ser afetado pela relação do prestador de cuidados com o profissional, ou pelo contexto em que ocorre a intervenção; (5) além disso, embora se esperasse que as pessoas na fase da pré-contemplação tivessem menor probabilidade de

que as que se situam nas fases de contemplação e preparação para entrar no tratamento, permanecer nele, e ter sucesso na alteração dos seus comportamentos, a evidência empírica não apoia de forma consistente a validade preditiva destas fases (Littell & Girvin, 2005). Assim, considera-se que o modelo trans-teórico da mudança, embora permita avaliar e descrever a posição dos pais perante o processo de mudança (relativamente a comportamentos específicos), não é útil para compreender como é que o mesmo ocorre. Littell & Girvin (2004, p.341) referem que "embora o modelo dos estádios da mudança possa ter algum valor heurístico, a evidência empírica sugere que as suas aplicações práticas são muito limitadas".

Perante estas posições, e no âmbito da proteção à infância, entende-se a mudança como: 1) um processo contínuo e não efetuado através de fases bem delimitadas; 2) que inclui componentes afetivos, nomeadamente a oscilação da motivação decorrente da tensão entre o desconforto da manutenção do *status quo* e a esperança no futuro (Littel & Girvin, 2004); 3) que é influenciada por fatores sociais e ambientais; 4) que está focada no comportamento parental (embora o sentido desta mudança nem sempre seja claro para todos os intervenientes). Ou seja, é um processo de desenvolvimento pessoal na medida em que está em causa a mobilização dos prestadores de cuidados para efetuar mudanças no seu comportamento, que viabilizem de forma adequada a satisfação atempada e adequada das necessidades das crianças, não obstante tal não dependa apenas do seu próprio comportamento, mas também da forma como reconhecem e mobilizam os recursos necessários para tal. Logo, as estratégias de regulação desenvolvimental (Haase, Heckhausen, & Wrosch, 2012) são essenciais para compreender como é que os pais se envolvem em tal processo. Quando os objetivos da mudança coincidem com objetivos definidos pelos pais e visões preferidas de vida, estes utilizarão estratégias de regulação que lhes permitam atingi-los (Lightburn & Sessions, 2005). Se o contexto se oferece

como promotor do desenvolvimento, a mudança do comportamento parental advirá do processo mediador, isto é, da “sinergia desenvolvimental” (*ibidem*) criada pelas intervenções formais e apoios informais da comunidade e pela sua relação com as capacidades, objetivos e necessidades dos pais. O NHS Institute for Innovation and Improvement (2005) propõe uma “equação” da mudança que inclui a insatisfação com a situação atual, a visão da mesma, a avaliação dos recursos disponíveis para efetuar essa mudança e de como a mesma pode ser implementada; se algum destes elementos não existir, considera-se que a probabilidade de se ultrapassar a resistência à mudança se encontra seriamente comprometida.

Warren-Adamson e Lightburn (2005) propõem uma teoria da mudança baseada no paradigma da complexidade e centrada na experiência de um centro de intervenção comunitária com famílias, que assenta num modelo quadripartido das agendas dos pais (pessoal, problemas e sua resolução, social e aprendizagem e comunitária) mas que deverá conjugar-se sinergicamente com a agenda tripartida dos profissionais (protetora-reguladora, terapêutica e comunitária). Relativamente aos pais, a agenda pessoal refere-se ao aumento dos recursos disponíveis para satisfazer necessidades básicas e ao estabelecimento de relações que lhes sirvam de base segura para o processo de mudança; a agenda de resolução de problemas remete para aprendizagens relacionadas com a proteção e promoção do desenvolvimento das crianças; a agenda social reporta-se ao estabelecimento de relações diversificadas e saudáveis com a rede social, que permitam aos pais dar e receber apoio social; e a agenda comunitária remete para ações relacionadas com o exercício de uma cidadania ativa, comprometida com a qualidade do desenvolvimento da sua comunidade. Relativamente aos profissionais, a agenda protetora-reguladora refere-se às ações destinadas a garantir a segurança da criança, nomeadamente a articulação com o sistema de proteção, as práticas de avaliação e

intervenções destinadas a promover a capacidade protetora dos pais; a agenda terapêutica remete para as intervenções terapêuticas como a psicoterapia, que possam ser disponibilizadas aos pais; a agenda comunitária relaciona-se com as ações desenvolvidas na comunidade que se destinam a reforçar a sua capacidade de apoio ao exercício da parentalidade, sejam ações de sensibilização, fóruns de discussão, sessões de esclarecimento, etc.. As agendas protetora-reguladora e terapêutica dos profissionais estão diretamente relacionadas com as avaliações da necessidade de proteção imediata e de alteração das dinâmicas familiares (Morton, 2000) de forma a prevenir futuras recidivas de situações de maus tratos. Este modelo propõe uma explicitação dos elementos que contribuem para o processo de mudança, coerente com os referenciais que nos propomos articular. Como dizem Lightburn e Warren-Adamson (2011, p.61), “(...) uma teoria da mudança deve mostrar “como é que múltiplos percursos relacionais. lineares e não lineares, levam aos objetivos desejados”.

Da compreensão à avaliação da parentalidade: proposta de modelo conceptual

Ao analisar estes referenciais conclui-se que os mesmos informam a conceptualização do comportamento parental, possibilitam que se desenvolva uma formulação clínica do funcionamento parental, mas não explicitam a estrutura funcional do comportamento parental. Como se integra nestes referenciais a capacidade parental, foco essencial nas avaliações? Como caracterizar, a partir dos mesmos, as competências parentais?

Propõe-se, neste enquadramento, o Modelo Funcional do Comportamento Parental (Figura 1), que interliga os referenciais apresentados e as estruturas funcionais de capacidade e competência parental e que poderá servir de suporte ao discurso narrativo de apresentação dos resultados das avaliações da capacidade parental.

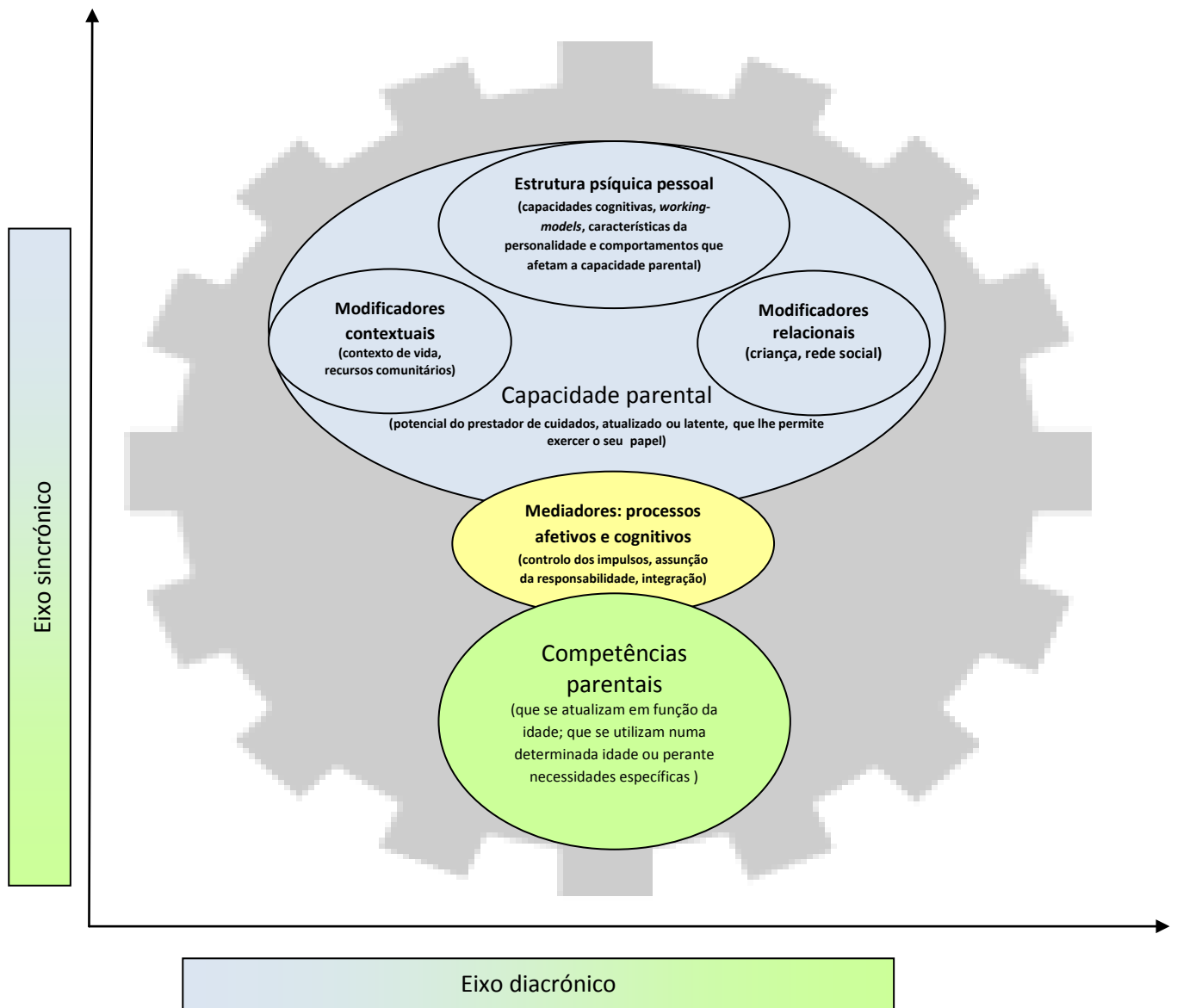


Figura 1. Modelo Funcional do Comportamento Parental

Concebe-se a estrutura do comportamento parental com três componentes funcionais: a capacidade parental, os processos mediadores e a competência parental. A capacidade parental, ou seja o potencial do prestador de cuidados, atualizado ou latente, que lhe permite exercer o seu papel (Paquette, 2004), decorre da interação entre a estrutura psíquica do prestador de cuidados (os seus *working-models*, a sua personalidade, a sua capacidade cognitiva e as condições que poderão afetá-la, como a

doença mental, as limitações cognitivas, o abuso de substâncias ou a violência doméstica), e os componentes do ecossistema, sejam eles os modificadores relacionais, (entre os quais se destaca a criança como o principal modificador, e os restantes elementos da sua rede social) ou os modificadores contextuais (condições socioeconómicas e culturais em que se exerce a função parental). A capacidade parental espelha-se no exercício da parentalidade, através das competências parentais, a “face visível” da parentalidade. Tais competências dividem-se em três grandes grupos: aquelas que terão de ser constantemente utilizadas ao longo da vida dos filhos, mas que têm de ser atualizadas em função da idade e do seu desenvolvimento, como por exemplo a promoção da autonomia; as competências específicas que se utilizam em determinada fase do desenvolvimento e não voltam a ser utilizadas, como por exemplo a preparação da alimentação do bebé; e aquelas que são utilizadas em circunstâncias especiais, como por exemplo quando a criança tem uma doença crónica ou uma perturbação do desenvolvimento que exige o assegurar de cuidados muito específicos. O exercício destas competências decorre de um processo dialético, em permanente atualização, entre a capacidade parental dos pais e os mediadores, processos afetivos e cognitivos, que, dependendo das suas características, influenciarão diretamente a qualidade das competências parentais. Como aponta Dix (1991, p.23), as emoções negativas promovem a parentalidade abusiva, insensitiva e coerciva, enquanto as emoções positivas promovem o cuidado paciente, sensitivo, a vinculação entre pais e filhos, e a disponibilidade dos pais para ensinar, confortar, e encorajar as crianças. Logo, se os pais apresentarem dificuldades no controlo dos impulsos, é provável que a qualidade das competências parentais seja prejudicada. Da mesma forma, caso os pais não assumam a responsabilidade pelas mudanças no seu comportamento será menos provável que as mesmas ocorram; além disso, e como se referiu anteriormente, a sua capacidade de

integração poderá ser (ou não) facilitadora da adequação do comportamento dos pais às necessidades das crianças. Toda esta estrutura (representada pela roda dentada que se desloca ao longo do tempo) se desenvolve em dois eixos temporais, o sincrónico (como é que esta estrutura está a funcionar num determinado momento) e o diacrónico (como é que a mesma evolui ao longo do tempo).

Assim, entende-se que a competência parental (López, Casimiro, Quintana, & Chaves, 2009) e a capacidade parental têm um carácter multidimensional, bidirecional, dinâmico e contextual: multidimensional, na medida em que implicam o funcionamento integrado da cognição, do afeto e do comportamento; bidirecional, porque promovem o ajustamento pessoal e social aos contextos e permitem a análise do que os mesmos proporcionam às pessoas no seu desenvolvimento; dinâmico, porque as competências parentais requeridas aos cuidadores se alteram à medida que a criança se desenvolve, e porque a capacidade para as exercer é influenciada pelo próprio percurso desenvolvimental daqueles; contextual porque a parentalidade é exercida num determinado contexto social e num determinado momento histórico que geram oportunidades para novas aprendizagens e práticas.

É com base nestes referenciais que se estrutura o presente trabalho, focado na resposta às questões relacionadas com a avaliação da capacidade parental no âmbito da atuação dos serviços de proteção à infância.

A avaliação como o processo em foco neste trabalho

A avaliação é o primeiro passo no *continuum* de tarefas a desenvolver pelos serviços de proteção à infância e distingue-se por um conjunto de características comuns aos diferentes tipos de avaliações (Holder, 2000). Em primeiro lugar, implica recolha de informação, análise e síntese e corresponde a um esforço conjunto entre um profissional

e a família ou o prestador de cuidados avaliado. As avaliações são processos compreensivos de formulação que pretendem determinar a natureza, causa, progressão e prognóstico de um problema (Morton, 2000) e abrangem as situações específicas que desencadearam a avaliação, o funcionamento dos avaliados e outros significativos, a sua motivação para resolver os problemas, a natureza da rede de suporte, fatores ambientais relevantes e recursos disponíveis ou necessários para alcançar mudança. Implicam, por isso, compreensão, interpretação e ordenamento conceptual dos dados, de forma a fundamentar a tomada de decisões relacionadas com a necessidade de mudança e a informar um plano de intervenção que inclua referências específicas aos seus objetivos, estratégias e probabilidade de sucesso, de acordo com os recursos disponíveis (Gambrill, 1997, cit. por Holder, 2000).

No contexto da proteção à infância, as avaliações da capacidade parental devem permitir conhecer a forma como o papel parental é exercido no presente e como poderá ser no futuro, através da caracterização das competências parentais atuais e da possibilidade de evolução das mesmas em tempo útil para a criança. Tal permitirá realizar, de forma fundamentada, as seguintes tarefas: (a) situar os pais num *continuum* de adequação da parentalidade que permita perceber se está garantida ou não a parentalidade minimamente adequada; (b) identificar que dimensões do comportamento parental deverão ser focadas num futuro plano de intervenção sócio-terapêutica; (c) estimar a probabilidade do comportamento dos pais se alterar em resposta à intervenção; (d) transmitir aos parceiros sociais (nomeadamente ao nível judicial ou para-judicial) informações relevantes para a definição do projeto de vida das crianças, em particular no que à manutenção/rutura/regresso ao contacto com os pais diz respeito.

Como refere Morton (2000), a área de intervenção dita o foco da avaliação, sendo que a própria avaliação é uma intervenção que altera/pode alterar a compreensão que o

sistema familiar tem de si mesmo e dos problemas que experiencia. É neste sentido que este trabalho focará essencialmente as tarefas do processo de avaliação da capacidade parental relacionadas com a leitura clínica dos dados recolhidos, e as suas implicações para a condução do processo e para a estruturação da intervenção.

Percurso da Investigação

A literatura existente centra-se, frequentemente, na avaliação do risco e não equaciona a avaliação da capacidade parental. Se é certo que é a eventual situação de risco que legitima a intervenção dos serviços de proteção à infância, a avaliação a desenvolver não pode cingir-se à sua caracterização. Se tal é adequado quando o primeiro objetivo da intervenção é proteger a criança, afastado o perigo iminente é necessário intervir de forma a prevenir futuras situações de perigo e a minimizar o risco. É nesta projeção futura que as avaliações das capacidades parentais se tornam essenciais, de forma a fundamentar a estrutura de um plano de intervenção futuro (com ou sem os prestadores de cuidados avaliados). A capacidade e as competências parentais surgem nas listas de aspetos a considerar na avaliação (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, 2011; Reis, 2009); contudo não existem instrumentos validados para o contexto português, destinados especificamente a este tipo de avaliação. Acresce que as práticas profissionais espelham muitas vezes a confusão entre os dois conceitos, nomeadamente nos conteúdos a avaliar, meios e formas de analisar a informação recolhida, e omitem, geralmente, a dimensão prognóstica. Observa-se que os serviços com competência em matéria de infância e juventude avaliam as competências e capacidades parentais com base nos seus percursos organizacionais específicos e nos percursos formativos e profissionais de cada técnico envolvido, sem um quadro de referência comum e cientificamente fundamentado. A maior parte dos instrumentos

disponíveis avalia conteúdos relacionados com uma dimensão específica do comportamento parental (ex: crenças parentais, estilos parentais, etc.) ou dos fatores que a influenciam (contexto, relação conjugal, desenvolvimento da criança, etc.), sem que contudo existam instrumentos que abordem a tarefa da avaliação da parentalidade em toda a sua abrangência e complexidade e tendo em conta as necessidades específicas do próprio sistema que a solicita. É ainda frequente serem utilizados diferentes instrumentos de avaliação não diretamente relacionados com a parentalidade, nem testados em populações de risco, que refletem a tal heterogeneidade de posições e potenciam enviesamentos. Além destes aspetos, estes profissionais deparam-se frequentemente com várias barreiras à boa tomada de decisão, incluindo constrangimentos de tempo, informação limitada e incerta relativamente ao caso, necessidade de ter em conta outros sistemas (como o tribunal polícia, e outros serviços), políticas e procedimentos que não disponibilizam orientações suficientes para a prática, e uma cultura organizacional que pode encorajar práticas menos rigorosas. Afigura-se assim como muito pertinente a validação, para o contexto português, de um instrumento que permita clarificar os procedimentos e guiar o processo de juízo clínico e tomada de decisão inerente às avaliações das capacidades parentais, tornando-as mais fiáveis, ou seja, menos intuitivas e mais analíticas, equilibrando ambas as formas de raciocínio.

Em termos de orientações internacionais reviram-se (Pereira & Alarcão, 2010) 11 modelos de avaliação da parentalidade (Adcock,1985; Azar, Lauretti & Loding, 1998; Barudy & Dantagnan, 2005; Belsky & Vondra, 1989; Budd, 2001; Donald & Jureidini, 2004; Framework for Assessment of Children in Need and their families, 2000; Pezzot-Pearce & Pearce, 2004; Reder & Lucey,1995, 2003; Service de Protection de la Jeunesse, 2008 ; Steinhauer, Leitenberger, Manglicas, Pauker, Smith, & Gonçalves,1993) ligados aos sistemas de proteção à infância de 6 países (Austrália, Canadá, Espanha, Estados

Unidos, Reino Unido e Suíça), tendo-se verificado que o *Guia de Avaliação da Capacidade Parental*, desenvolvido por Steinhauer e colaboradores em 1993, tem sido a principal referência para o desenvolvimento de modelos de avaliação no Canadá (De Rancourt, Paquette, Paquette, & Rainville, 2006), em Espanha (Barudy & Dantagnan, 2005), na Suíça (Service de protection de la jeunesse – Canton de Vaud, 2008) e em França (Robin, 2011) (ainda que o processo da sua implementação prática esteja em fases diferentes nestes países).

Este sistema de avaliação inclui quatro domínios (contexto, criança, prestador de cuidados e relação prestador de cuidados-criança) aos quais correspondem nove dimensões de avaliação (contexto sociofamiliar, saúde e desenvolvimento da criança, vinculação, competências parentais, controlo dos impulsos, reconhecimento da responsabilidade, fatores pessoais que afetam as capacidades parentais, rede social e história dos serviços clínicos) e destina-se especificamente à avaliação de pais de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos. A cada dimensão de cada domínio é atribuída uma classificação, possibilitando a elaboração do perfil das capacidades parentais, que por sua vez fundamentará a planificação da intervenção subsequente. Inclui ainda uma grelha cujos itens permitem prognosticar o potencial de mudança do prestador de cuidados avaliado.

A atividade profissional desenvolvida na Associação “Chão dos Meninos” permitiu o contacto com este modelo em 2001, durante um estágio de observação em Montreal. Desde 2002 tem-se aplicado o mesmo no âmbito das situações acompanhadas naquela instituição, embora nunca tenha sido efetuado um estudo sistemático da sua aplicabilidade, dificuldades constatadas e resultados obtidos.

Atendendo a que este instrumento aborda conteúdos relacionados com o contexto, a criança, o prestador de cuidados e a relação deste com a criança, diferencia

competências e capacidades parentais, inclui a sistematização de indicadores de prognóstico de mudança, bem como indicações acerca de como deve ser efetuada a integração da informação, considera-se que espelha claramente a matriz ecológica que deve estar subjacente à compreensão da problemática associada aos maus-tratos infantis, e conseqüentemente, à avaliação e intervenção no âmbito da promoção e proteção da infância. Como tal a sua validação afigura-se como útil e potenciadora da qualidade da avaliação da parentalidade no contexto português.

Design da Investigação

Na conceção desta investigação partiu-se de uma posição epistemológica subjetivista, aceitando que o conhecimento está sujeito a diferentes pontos de vista e interpretações bem como a revisões resultantes da alteração de condições ou circunstâncias. Integram-se, no entanto, preocupações objetivistas bem como o equilíbrio exigido pelo próprio campo de estudo: se a avaliação da parentalidade é um processo diretamente relacionado com a posição de quem avalia, tal posição não pode ser tão subjetiva que desvirtue as preocupações subjacentes ao próprio sistema de promoção e proteção no qual elas decorrem. Ou seja, e reiterando afirmações anteriores, adota-se o paradigma do construcionista social, que procura construir significados a partir do que está socialmente disponível, dos entendimentos partilhados da realidade (Daly, 2007).

Através de toda a sua organização, desenvolvimento e forma como são lidas as conclusões, a investigação espelha uma dialética constante entre a teoria e a prática e entre os aspetos de conteúdo e processuais da avaliação das capacidades parentais. Os movimentos do conhecimento propostos por Kalantzis e Cope (2004), refletem o percurso a efetuar recursivamente ao longo deste trabalho: em primeiro lugar experienciar, o que já se sabe e o novo; em segundo conceptualizar, nomeando e

teorizando; em terceiro analisar, funcional e criticamente, para, por fim, aplicar, apropriada e criativamente. Tem pois um caráter eminentemente pragmático, na medida em que o conhecimento a produzir será orientado para soluções imediatas de problemas relevantes na prática, nomeadamente avaliar a parentalidade através de modelos adequados ao contexto de aplicação.

O objetivo geral deste trabalho é a validação do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais a utilizar pelos serviços/profissionais com competências de avaliação da parentalidade no sistema de promoção e proteção português. A validade é “um julgamento avaliativo integrado do grau em que a evidência empírica e os raciais teóricos apoiam a adequação das inferências e ações baseadas nas pontuações dos testes ou outros modos de avaliação (Messick,1989, cit. por Çakir, 2012, p. 671). Por isso, e como refere o mesmo autor, a validade não deve ser atribuída ao instrumento, mas antes às inferências efetuadas a partir dos resultados do mesmo.

Neste enquadramento, o estudo desenvolvido teve uma natureza iminentemente qualitativa (ainda que venham a ser nele integrados análises quantitativas), apresentando quatro características que distinguem este tipo de pesquisa (Godoy, 1995, cit. por Giovinazzo, 2001),: (1) o ambiente natural é a fonte direta de dados e o investigador é o instrumento fundamental; (2) tem um caráter descritivo; (3) foca o significado que os profissionais atribuem no âmbito do processo de avaliação da parentalidade; (4) tem um enfoque indutivo. Foi desenvolvido em três fases que abordaram a validade ecológica (F1), a fiabilidade (ao nível do acordo inter-avaliadores) (F2) e a validade preditiva (F3) do modelo de avaliação da parentalidade a propor. A escolha destas dimensões de análise favorece o objetivo de integrar diferentes perspetivas sobre a sua adequação, que decorem do nível de análise em que nos situemos: na adequação à realidade social

(validade ecológica) na informação recolhida (acordo inter-avaliadores), ou na utilidade dessa informação (validade preditiva).

A investigação desenvolveu-se através dos contributos de profissionais de diferentes subsistemas do sistema de promoção e proteção (em F1) e do estudo de 10 casos de pais de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, acolhidas em Centros de Acolhimento Temporário (em F2) aos quais foi aplicado o modelo de avaliação proposto. Os mesmos 10 casos foram estudados ao nível da validade preditiva (em F3). Acompanha-se assim a recomendação de Gillingham e Humphreys (2010), que salienta a necessidade de envolver os profissionais para assegurar que o *design* de instrumentos é centrado no utilizador e não na tarefa. Procurou-se que as tarefas propostas aos participantes fossem de encontro às dinâmicas de trabalho inter-serviços, de forma a tornar a investigação o mais próxima possível do contexto em que habitualmente se desenvolvem as avaliações das capacidades parentais. Na figura 2, representa-se o modelo lógico que sintetiza este trabalho.

Organização da Tese

Esta tese está organizada em 2 grandes capítulos. No primeiro, é abordada a temática da avaliação da parentalidade no contexto da proteção à infância, em termos dos critérios que a norteiam – 1.1 *Parentalidade Minimamente Adequada: Contributos para a operacionalização do conceito* – e dos modelos que a viabilizam – 1.2 *Avaliação da Parentalidade no Quadro da Proteção à Infância*. O segundo capítulo, centra-se no processo de validação realizado, abordando os estudos relacionados com a validade ecológica – 2.1. *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: estudo de validade ecológica* –, a fiabilidade – 2.2 *O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: estudo exploratório da fiabilidade em profissionais da proteção à infância* – e a validade

preditiva – 2.5 *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: estudo de validade preditiva*. Neste capítulo aprofundam-se ainda dois aspetos que se destacam pela sua pertinência no contexto dos sistemas de proteção à infância: a vinculação – 2.3 *L'attachement et la capacité parentale: implications pour le processus d'évaluation dans le contexte de la protection de l'enfance* – e a tomada de decisão – 2.4 *A Tomada de Decisão no Âmbito da Avaliação das Capacidades Parentais*. Estes capítulos são precedidos por uma introdução, na qual se explicitam os referenciais teóricos adotados e as opções metodológicas efetuadas. Finaliza-se com uma discussão geral da investigação realizada, que integra um conjunto de implicações práticas para a condução das avaliações das capacidades parentais.

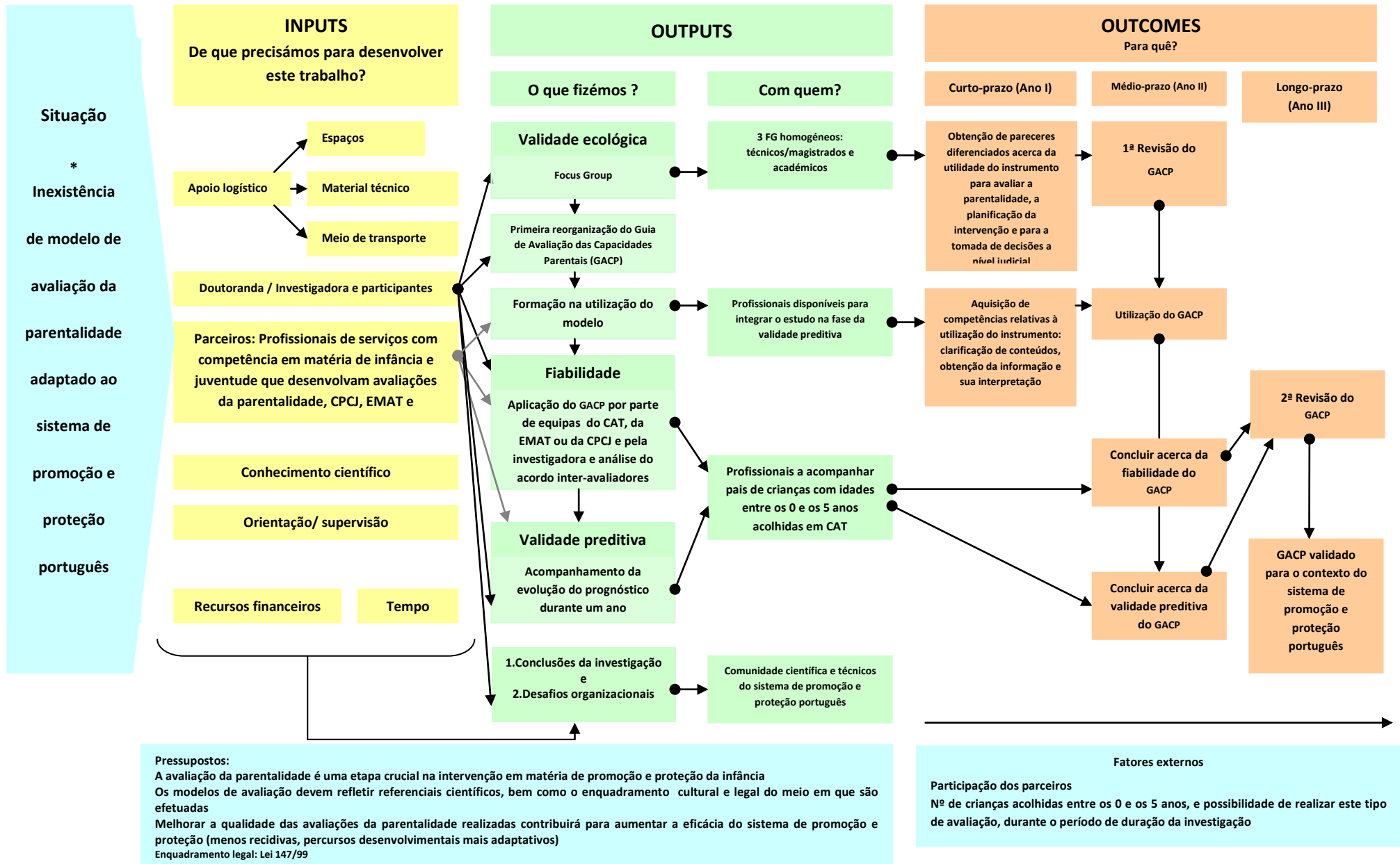


Figura 2. Modelo lógico da investigação “Parentalidade e proteção à infância: um guia para a avaliação da capacidade parental”

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. (1989), Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44 (4), 709-716. doi: [10.1037/0003-066X.44.4.709](https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709)
- Barudy, J. (1998). La violence individuelle comme organisatrice de la subjectivité individuelle, familiale et sociale: L'approche systémique de la maltraitance d'enfants. DIREM, 29. Retrived from http://www.one.be/fileadmin/user_upload/one_brochures/DIREM/Therapies_victimes/direm_29.pdf
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*. 55(1), 83-98.
- Belsky, J., & Vondra, J. (1989). Lessons from child abuse: The determinants of parenting. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.) *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 153-202). New York: Cambridge University Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. London: Basic Books.
- Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 237-252. doi: 10.1002/1097-0355(199023)11:3<237:aid-imhj2280110306>3.0.co;2-x
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedman & T. D. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts*. (pp. 3-28). Washington DC: American Psychological Association.

- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9(1), 115-125. doi: 10.1111/1467-9507.00114
- Çakir, M. (2012). Epistemological dialogue of validity: Building validity in educational and social research. *Education*, 132(3), 664-674.
- Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (2011). *Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Retrived from http://www.cnpcjr.pt/downloads/Guia_acciao_social.pdf
- Corden, J., & Somerton, J. (2004). The trans-theoretical model of change: A reliable blueprint for assessment in work with children and families? *British Journal of Social Work*, 34(7), 1025-1044. doi: 10.1093/bjsw/bch127
- Crittenden, P. (2008). *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*. Devon: Willan Publishing.
- Daly, M. (Ed.). (2007). *Parenting in contemporary Europe: A positive approach*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Davies, P., & Cicchetti, D. (2004). Editorial: Toward an integration of family systems and developmental psychopathology approaches. *Development and Psychopathology*, (16), 477-481. doi:10.1017/S0954579404004626
- De Rancourt, L., Paquette, F., Paquette, D., & Rainville, S. (2006) *Guide d'évaluation des capacités parentales : Adaptation du guide de Steinhauer: 0 à 5 ans* (3éd.). Montréal: Centres Jeunesse de Montréal.
- DeRoma, V., Kessler, M., McDaniel, R., & Soto, C. (2006). Important risk factors in home-removal decisions: Social caseworker perceptions. *Child & Adolescent*

- Social Work Journal*, 23(3), 263-277. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10560-006-0047-8>.
- Dickerson, V. (2010). Positioning oneself within an epistemology: Refining our thinking about integrative approaches. *Family Process*, 49(3), 349-368. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01327.x
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110 (1), 3-25.
- Dykas, M., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: Theory and evidence. *Psychological Bulletin*, 137(1), 19-46. doi: 10.1037/a0021367
- Farnfield, S. (2008). A theoretical model for the comprehensive assessment of parenting. *British Journal of Social Work*, 38(6), 1076-1099. doi: 10.1093/bjsw/bcl395
- Gelles, R. (2000). Treatment-resistant families. In R. M. Reece (Ed.), *Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, and legal practitioners* (pp. 304-311). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gergen, K. (2003). Knowledge as socially constructed. In M. Gergen & K. Gergen (Eds.), *Social construction: A reader* (pp. 15–17). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gillingham, P., & Humphreys, C. (2010). Child protection practitioners and decision-making tools: Observations and reflections from the front line. *British Journal of Social Work*, 40(8), 2598-2616. doi: 10.1093/bjsw/bcp155
- Giovinazzo, R. (2001). Focus group em pesquisa qualitativa. *Administração On Line*, 2(4). Retrived from: http://www.fecap.br/adm_online/art24/renata2.htm
- Haase, C. M., Heckhausen, J., & Wrosch, C. (2012, July 23). Developmental regulation across the life span: Toward a new synthesis. *Developmental Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0029231

- Holder, W. (2000). Kinds of case plan assessments and their relevance to CPS case planning. In T. D. Morton & W. Holder (Eds.), *Issues and strategies for assessment approaches to child maltreatment* (pp. 75-85). Duluth: National Resource Center on Child Maltreatment.
- Horwath, J., & Morrison, T. (2001). Assessment of parental motivation to change. In Horwath, J. (ed.) *The Child's World: Assessing Children in Need* (pp. 98-113). London: Jessica Kingsley.
- Kalantzis, M., & Cope, B. (2004). Designs for learning. *E-Learning*, 1(1), 38-93.
- Lerner, R., & Castellino, D. (2002). Contemporary developmental theory and adolescence: developmental systems and applied developmental science. *Journal of Adolescent Health*, 31(6, Supplement), 122-135. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00495-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00495-0)
- Lightburn, A., & Sessions, P. (Eds.) (2005). *Handbook of community-based clinical practice*. New York: Oxford University Press.
- Lightburn, A., & Warren-Adamson, C. (2011). Evaluating complexity in community-based programs In A. Maluccio, C. Canali, T. Vecchiato, A. Lightburn, J. Aldgate, & W. Rose (Eds.), *Improving outcomes for children and families: Finding and using international evidence* (pp. 57-69). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Littell, J., & Girvin, H. (2004). Ready or not: Uses of the stages of change model in child welfare. *Child Welfare*, 83(4), 341-366.
- Littell, J., & Girvin, H. (2005). Caregivers' readiness for change: Predictive validity in a child welfare sample. *Child Abuse & Neglect*, 29(1), 59-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.004>

- López, M., Casimiro, E., Quintana, J., & Chaves, M. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120.
- Main, M. (1995). Attachment: Overview, with implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp.407-474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Morrison, T. (2010). Assessing parental motivation for change. In J. Horwath (Ed.), *The child's world: The comprehensive guide to assess children in need* (2nd ed.) (pp.305-325). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Morton, T. D. (2000). The role of assessment and CPS strategy. In T. D. Morton & W. Holder (Eds.), *Issues and Strategies for Assessment Approaches to Child Maltreatment* (pp. 26-34). Duluth: National Resource Center on Child Maltreatment.
- NHS Institute for Innovation and Improvement (2005). *Improvement Leaders' Guide Managing the human dimensions of change. Personal and organisational development*. Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Paquette, F. (2004). *À chaque enfant son projet de vie permanent: Un programme d'intervention*. Montreal: Centres Jeunesse de Montréal - Institut Universitaire.
- Pereira, D. & Alarcão, M. (2010). Avaliação da parentalidade no quadro da proteção à infância. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 499-517.
- Prochaska, J., Diclemente, C., & Norcross, C. (1992). In search of how people change: Application to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. M., Paiva, A. L., Padula, J. A., Prochaska, J. O., Montgomery, J. E., Hageman, L., & Bergart, A. M. (2005). Assessing emotional readiness for adoption

- using the transtheoretical model. *Children and Youth Services Review*, 27(2), 135-152. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.07.001>
- Reis, V. (2009). *Crianças e jovens em risco (Contributos para a organização de critérios de avaliação de fatores de risco)*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/>
- Robin, P. (2011). L'évaluation de la maltraitance en tension: L'exemple de la définition participative d'un référentiel. In C. Gaux & I. Vinatier (Eds.), *Outils pour la formation, l'éducation et la prévention: Contributions de la psychologie et des sciences de l'éducation: Actes du colloque OUFOPREP, 6-7 Juin 2011: Vol.3: Modes d'élaboration et de validation des outils et dispositifs pour la formation, l'éducation et la prévention* (pp. 219-228). Nantes: Outils pour la formation, l'éducation et la prévention.
- Soares, I. (Ed.) (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento*. Braga: Psiquilibrios.
- Stanton, M., & Welsh, R. (2012). Systemic thinking in couple and family psychology research and practice. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(1), 14-30. doi: 10.1037/a0027461
- Van IJzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Warren-Adamson, C., & Lightburn, A. (2005). Developing a community-based model for integrated family centre practice. In A. Lightburn, & P. Sessions (Eds.), *The handbook of community-based clinical practice* (pp. 261-284). New York: Oxford University Press.

Welbourne, P. (2012). *Social work with children and families: Developing advanced practice*. Oxon: Routledge.

Wulczyn, F., Daro, D., Fluke, J., Feldman, S., Glodek, C., & Lifanda, K. (2010). *Adapting a systems approach to child protection: Key concepts and considerations*. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF).

CAPÍTULO I

A Avaliação da Parentalidade

A Avaliação da Parentalidade

Sendo a parentalidade uma construção, altera-se ao longo do tempo, e em cada sociedade, a forma como é caracterizada e como diferentes práticas são consideradas mais ou menos adequadas, aceites ou toleradas. São estes limites, traduzidos em normas, que legitimam a intervenção dos serviços de proteção à infância.

No contexto português, a Lei de Promoção e Proteção (Lei nº 147/99 de 1 de setembro e sucessivas alterações) faz referência a um conjunto de princípios de intervenção, entre os quais se incluem o da intervenção precoce, o da intervenção mínima e o da proporcionalidade e atualidade da intervenção, que apontam o perigo em que a criança se encontra como o limiar para tal intervenção. Isso requer que os profissionais sejam capazes de explicitar como é que o comportamento dos prestadores de cuidados está a colocar em risco ou em perigo a criança e em que medida é que não assegura a sua proteção e pode (ou não) vir a conseguir promover o seu desenvolvimento saudável. Ou seja, no *continuum* de condutas parentais, entre o que se considera ser bom trato e mau trato, os profissionais devem ser capazes de explicitar, desde logo, o ponto em que uma criança “passa” a estar numa situação de perigo.

Neste enquadramento, pareceu importante que nesta investigação se começasse por perceber que critérios e que indicadores se utilizam para considerar se a parentalidade é ou não minimamente adequada. Estas questões são refletidas no ponto 1 deste capítulo, sendo que o aspeto específico dos indicadores constituiu o objetivo de um estudo qualitativo no qual se optou por utilizar os *focus group* como estratégia de investigação.

Os *focus group* são um método que “tem por finalidade procurar o sentido e a compreensão dos complexos fenómenos sociais, onde o investigador utiliza uma

estratégia indutiva de investigação, sendo o resultado amplamente descritivo” (Galego & Gomes, 2005, p. 177). Permitem abordar temas complexos de forma mais aprofundada, não direcionada, e em função das características dos grupos, uma vez que podem ser orientados por um guião de questões abertas, facilitador da discussão entre os participantes, em que estes tanto podem colocar questões como explicar as suas posições aos outros elementos do grupo (Morgan, 1996). Relativamente a outros métodos como, por exemplo, a entrevista (individual ou de grupo), tem a vantagem de suscitar novas reflexões por parte dos participantes que advêm da interação entre os mesmos e não apenas da ação do investigador. Pode, ainda, observar-se o processo de construção da resposta, compreender-se como diferentes variáveis se associam, e assistir à evolução do posicionamento dos participantes (Galego & Gomes, 2005). É um método no qual o investigador tem pouco controlo sobre os resultados que poderão ser alcançados, não é pré-determinado (Gibbs, 1997). Tal afigura-se muito mais enriquecedor, para um estudo exploratório como este, do que a utilização de entrevistas individuais.

Entendendo-se o *focus group* como o método que melhor serviria o objetivo de conhecer o que profissionais envolvidos nas avaliações da parentalidade consideram ser os indicadores de parentalidade minimamente adequada, optou-se pela constituição de 3 grupos homogéneos, no que toca à formação profissional dos participantes – profissionais da área psicossocial, magistrados e académicos. A opção por estas áreas decorreu de serem as que mais diretamente se associam com a intervenção no sistema de promoção e proteção, relacionando-se diretamente com as crianças e famílias (técnicos psicossociais e magistrados), ou indiretamente, informando cientificamente a intervenção (académicos). Optou-se por colocar a mesma questão (“o que é e quais são os indicadores de parentalidade minimamente adequada”) aos 3 grupos, para que se pudesse beneficiar, simultaneamente, de dois aspetos: a diversidade de perspetivas, decorrente

das diferentes áreas profissionais, e o aprofundamento das mesmas, em virtude da homogeneidade de cada grupo. Assim foi possível adensar as categorias de conteúdo e ler os resultados obtidos em função da confluência das mesmas, dado que é esta diversidade/interação de perspectivas que constrói a realidade social.

Ainda que fosse pertinente conhecer igualmente as visões de pais e crianças, a opção de não os incluir justificou-se pelo facto de o foco deste trabalho recair nos profissionais e nas tarefas de avaliação e tomada de decisão que lhes cabem, em detrimento da compreensão de eventuais diferenças entre avaliadores e avaliados.

Assim, foram convidados a participar profissionais reconhecidos, a nível nacional, nas respetivas áreas de atuação pela sua experiência e pela influência das suas posições. Esta opção procurou contribuir para aumentar o alcance das conclusões, dado que, por definição, a possibilidade de generalização dos resultados a partir deste método é limitado pela dimensão dos grupos e pela impossibilidade dos participantes constituírem uma amostra representativa da característica que os homogeneiza.

Os grupos tiveram uma dimensão reduzida (3 a 4 elementos) o que, podendo ser considerado limitativo da riqueza da discussão, teve a vantagem de facilitar a participação de todos os elementos e a criação de um ambiente distendido, apontado como gratificante pelos participantes. Previa-se inicialmente que os grupos pudessem contar com um número um pouco maior de participantes (5 por cada *focus group*), o que foi inviável devido à dificuldade em conciliar as agendas dos mesmos. A mesma dificuldade inviabilizou que, em tempo útil, se pudessem realizar *focus group* heterogéneos (em termos da área profissional), o que teria sido um contributo muito enriquecedor para o alcance das conclusões alcançadas.

Toner (2009) argumenta que o número reduzido de participantes num *focus group* não tem necessariamente de comprometer a validade das conclusões, apontando

inclusivamente que se geram dinâmicas e um clima de confiança entre os participantes que permite a partilha de conteúdos de foro mais pessoal, raramente observável em grupos maiores. Ou seja, é trazido um tipo de conteúdos para a discussão que habitualmente é evitado na presença de um maior número de pessoas. Curiosamente, em todos os *focus group* desenvolvidos, os participantes partilharam entre si e utilizaram como referenciais exemplos das suas experiências de parentalidade, o que permitiu perceber como as mesmas contribuíram para as suas posições (ainda que tal processo não tenha sido objeto de análise). Em suma, considera-se que apesar do número reduzido de participantes se cumpriu a premissa de Krueger (1988, cit. por Peek & Fothergill, 2007), segundo a qual o número de participantes no *focus group* deve ser suficientemente pequeno para que todos os elementos possam participar e suficientemente grande para que se gere uma diversidade de perspetivas.

Previamente à realização de cada *focus group* os participantes foram informados acerca da questão que iria ser discutida. Os 3 *focus group* foram conduzidos pela investigadora, que adotou uma posição centrada na colocação da questão, apenas na moderação da discussão, de forma a manter o foco na temática, e na síntese dos contributos, não se envolvendo ativamente na discussão.

A análise da informação recolhida nos *focus group*, depois de integralmente descrita como será posteriormente detalhado, centrou-se ao nível do conteúdo, utilizou o tema como unidade e foi organizada com o auxílio do *software QSRnVivo 8*. As categorias e a sua descrição mais detalhada, acompanhadas de exemplos, encontram-se no anexo A¹, designado como *code book*, uma vez que o artigo que integra o ponto 1 apenas faz uma apresentação mais sumária das mesmas.

¹ Neste anexo é apresentado todo o *code book* que integra não apenas as categorias relativas à *Avaliação da Parentalidade*, nomeadamente as subcategorias 1.2 Parentalidade minimamente adequada e 1.3 Indicadores de parentalidade minimamente adequada (que foram objeto de reflexão no artigo que integra o

O ponto 2 deste capítulo inclui uma revisão da literatura no que toca aos modelos de avaliação da parentalidade no âmbito da proteção à infância. Pretende-se enquadrar esta investigação no contexto dos diferentes modelos, compreender os seus pontos de confluência e divergência e justificar a escolha daquele sobre o qual incidem os estudos desenvolvidos e apresentados no 2º capítulo.

Referências Bibliográficas

- Galego, C., & Gomes, A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: O "focus group" como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação* (5), 173-184.
- Gibbs, A. (1997). Focus groups. *Social Research Update*, 19. Retrieved from <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU19.html>
- Morgan, D. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22(1), 129-152.
- Peek, L., & Fothergill, A. (2007). "Using focus groups for qualitative research" *Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, TBA, New York*, Retrieved from http://www.allacademic.com/meta/p183125_index.html
- Toner, J. (2007). Small is not too small: Reflections concerning the validity of very small focus groups (VSFGs). *Qualitative Social Work*, 8(2), 179-192. doi: 10.1177/1473325009103374

ponto 1 deste capítulo) mas também as categorias referentes à apreciação do *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais* (informação que será utilizada no capítulo 2).

1.1 Parentalidade Minimamente Adequada: Contributos para a operacionalização do conceito*

Dora Pereira & Madalena Alarcão

Resumo

Apontado na literatura como um conceito de referência nas avaliações da parentalidade, a parentalidade minimamente adequada está, contudo, insuficientemente refletida e operacionalizada. Este artigo procura abrir essa discussão, a partir da apresentação e discussão dos resultados de três *focus group* (FG) de profissionais, das áreas social, judicial e académica, aos quais foi diretamente colocada a seguinte questão: *o que é e quais são* os indicadores de parentalidade minimamente adequada? O conteúdo das discussões foi analisado utilizando o *software* QSRnVivo 8. As categorias de conteúdo apontam para indicadores qualitativos de parentalidade mínima, distribuídos por diferentes níveis ecológicos (indivíduo, microsistema e contexto social). É também referida a impossibilidade de utilizar apenas um tipo de indicadores na sua operacionalização ou de se alcançar uma formulação universal de parentalidade minimamente adequada. Com base nos contributos deste estudo é proposta uma matriz tridimensional de operacionalização do conceito.

Palavras-chave: parentalidade minimamente adequada; avaliação; risco; norma; análise de conteúdo.

Abstract

Named on literature as a concept to look at on parenting assessments, minimally adequate parenting is still not enough discussed and translated in indicators. This article enlarges that discussion from the presentation and analysis of three *focus groups* (FG) results, professionals from social work, courts and research that answered the question: *what is and what are* the minimally adequate parenting indicators? Discussions 'content was analysed with QSRnVivo8 software. Content categories point to minimally adequate parenting' qualitative indicators, distributed through different ecological levels (individual, microsystem, social context). It's also noted that is not possible to use just one kind of indicators or to reach a universal formula of minimally adequate parenting. Based on this study contributions is proposed a three-dimensional matrix to translate this concept into case specific indicators.

Keywords: minimally adequate parenting; assessment; risk; norm; content analysis.

* Artigo submetido à revista *Análise Psicológica*. O artigo está organizado de acordo com as normas da revista.

A avaliação da parentalidade no âmbito do sistema de promoção e proteção da infância é uma tarefa exigente, tendo em conta as suas implicações na vida das crianças e suas famílias. Por esta razão, é importante que subjacente a tais avaliações estejam conceitos claros e aceites por todos os intervenientes (técnicos, juízes, pais, sociedade em geral). Não obstante, esta é precisamente uma das limitações comumente apontada à avaliação das capacidades parentais (Azar & Benjet, 1994; Budd, 2008; Budd & Holsworth, 1996; Budd, Poindexter, Felix, & Naik-Polan, 2001; Hurley, Chiodo, Leschied, & Whitehead, 2003; Kellet & Apps, 2009).

O conceito de “parentalidade minimamente adequada” (Budd, 1996) remete para os critérios a que devem obedecer os juízos relativos à qualidade da parentalidade, sendo apontado como referencial de boas práticas, por contraponto à utilização do critério da parentalidade ótima. Ou seja, os profissionais deverão avaliar se as práticas parentais dos prestadores de cuidados são ou não suficientes para garantir a segurança e o bem-estar da criança. Mais especificamente, a parentalidade minimamente adequada corresponderá à “quantidade mínima de cuidado necessária de modo a não causar dano à criança” (Centre for Parenting and Research – New South Wales Department of Community Services, 2006, p.1), no contexto de cada relação específica entre a criança e o prestador de cuidados avaliado. Segundo Fernández e Puyana (2009, p. 120) este conceito implica: (1) que existem dimensões da parentalidade consideradas essenciais, (2) que as capacidades parentais se representam num *continuum* em cada dimensão considerada e (3) que a capacidade parental começa a ser questionável a partir de um determinado ponto nesse *continuum*. Saliente-se que, em nosso entender, a parentalidade minimamente adequada não deverá ser entendida como uma parentalidade inferior (Edwards, 1995, cit. por Daniel, 2000; Tomison, 1998) mas antes como a garantia de cuidados mínimos necessários ao desenvolvimento do potencial da criança. Como referem Boisson e Verjus

(2004, p.31), “uma parentalidade suficientemente boa é uma parentalidade adaptada às necessidades da criança”.

Na literatura, dificilmente se encontra descrito o que constitui uma parentalidade minimamente adequada, sendo comum a referência a dificuldades na sua operacionalização e a ausência de indicadores comportamentais claros (Azar, Loreti, & Loding, 1998; Budd, 2001; Budd, 2005; Budd, Felix, Sweet, Saul, & Carleton, 2006; Choate, 2009). Em 2000, Daniel estudou, através da metodologia *Q-sort*, a relação entre as crenças dos profissionais sobre os elementos da parentalidade que são importantes para assegurar o bem-estar da criança e as percepções acerca do que subjaz à sua tomada de decisão. Concluiu que existe uma ligação entre as visões que os profissionais mantêm acerca das necessidades das crianças e a sua tomada de decisão, ainda que existam *clusters* de opiniões significativamente diferentes acerca das prioridades a ter em conta na avaliação da parentalidade. Esta autora fez ainda algumas sugestões ao nível da formação e treino dos profissionais de forma a clarificar os próprios processos de tomada de decisão e a limitar a influência das experiências e crenças pessoais dos técnicos. Uma das sugestões foi a de que a supervisão dos profissionais deve incluir momentos para avaliar até que ponto a tomada de decisão é consistente com as suas crenças acerca do que é a parentalidade minimamente adequada.

Este artigo pretende reler criticamente o conceito de parentalidade minimamente adequada a partir de três conceitos de referência - parentalidade, risco e norma - e propor uma forma de o operacionalizar, tendo em conta os contributos recolhidos a partir de um estudo qualitativo realizado com um conjunto de peritos portugueses da área social, judicial e académica.

Parentalidade

É hoje consensual que a parentalidade é um processo de desenvolvimento dos pais, mais do que um papel ou uma função (Coordination des ONG pour les droits de l'enfant, 2011; Daly, 2007). Como dizem Boisson e Verjus (2004, p.5) "ser pai não é nem um dado biológico nem um dado social mas o fruto dum processo complexo de maturação psicológica" que implica uma progressão no sentido de "tornar-se pais", feita através de reorganizações psíquicas e afetivas (Lamour e Barraco, 1998, cit. por Sellenet, 2007, p.1).

Para Houzel e colaboradores (1999, cit. por Euillet & Zaoche-Gaudron, 2008), a parentalidade deve ser concebida segundo 3 eixos. No primeiro, *o exercício* da parentalidade inclui os direitos e os deveres jurídicos de que todo o progenitor é depositário quando nasce um filho, como a obrigação de vigilância e proteção quanto à educação e à saúde, e que só são modificáveis perante decisão judicial. No segundo, *a experiência* da parentalidade integra a dimensão psíquica, o que é sentido, experimentado e vivido por aqueles que são encarregues de funções parentais. Como explicita Lempereur (2002, p.21), trata-se "de um processo de identificação, consciente ou inconsciente, (...), segundo o qual um indivíduo se torna pai". No terceiro *a prática* da parentalidade, diz respeito a tarefas de ordem doméstica, de cuidado, de educação e de socialização, mas também a interações fantasmáticas entre o progenitor e o seu filho. Todo este processo visa cumprir uma função, dos pais/prestadores de cuidados junto da criança, nomeadamente a satisfação das necessidades físicas, afetivas, cognitivas, emocionais e sociais com vista à sua autonomização. Saliente-se a importância do contexto de coparentalidade que remete, segundo Feinberg (2003, p.96), para "as formas como os pais e/ou figuras parentais se relacionam uns com os outros no papel de pais". É portanto um processo relacional, uma experiência emocional (Dix, 1991), decorrente da

relação única que se estabelece com a criança, influenciado pelas características do contexto em que ocorre, o que leva Daly (2007, p.7) a completar esta definição dizendo que a parentalidade deve ser definida em termos “de uma comunidade de parceiros chave: pais, crianças, serviços locais e nacionais, e o estado”. Ou seja, como referia Bornstein (2001, p.2) “a parentalidade constitui toda uma ecologia abrangente para o desenvolvimento” da criança.

Contudo, como diz Daly (2007, p.124), “o ‘como’ da parentalidade é crítico.” Para Champion (1995, cit. por Daly, 2007) as principais tarefas da parentalidade são: fornecer cuidados básicos, proteger e cuidar da criança até uma determinada idade; assegurar a sua segurança; dar limites e orientação; proporcionar estabilidade; dar condições para o seu desenvolvimento intelectual, emocional, e social, incluindo a aquisição de algumas competências e o modelamento do comportamento desejável; agir de acordo com a lei e contribuir para a segurança da sociedade; contribuir para a prosperidade económica da nação. Em 2000, Wyman, Sandler, Wolchik e Nelson (cit. por Armstrong, Birnie-Lefcovitch, & Ungar, 2005) elencam as seguintes dimensões chave da qualidade da parentalidade: supervisão; estrutura e disciplina consistentes; atitudes parentais e envolvimento ativo; padrões de comunicação familiar claros. Em 2005 Barudy e Dantagan apontam cinco características duma parentalidade mínima: (1) existência de recursos de vinculação, níveis de empatia e modelos educativos que reconheçam a criança como sujeitos com necessidades e direitos; (2) existência de experiências de participação em redes de apoio social; (3) capacidade de solicitar ajuda dos serviços no que respeita às crianças; (4) capacidade introspetiva suficiente para assunção da responsabilidade; (5) possibilidade de confiar e colaborar com profissionais e instituições que possam oferecer-lhes ajuda. Em 2007 Daly aponta quatro características da prática parental que promovem o superior interesse da criança: satisfazer as necessidades

básicas, dar estrutura e limites, reconhecer e reforçar a criança e promover o seu *empowerment*. Além disso, acrescenta que a parentalidade deve ser exercida de forma não violenta, atualizar-se de acordo com a evolução da própria criança e ser apoiada (o seu exercício) pela comunidade.

Focando-se nos avaliadores, Kellet e Apps (2009) publicaram um estudo qualitativo que pretendeu perceber como é que profissionais de saúde comunitária, pediatria, educação e apoio social avaliavam a parentalidade e a necessidade de apoios para o seu exercício. As autoras verificaram, a partir de 54 entrevistas, que as visões dos profissionais focavam quatro temas principais relativos ao que consideravam ser parentalidade minimamente adequada: 1) satisfazer as necessidades desenvolvimentais e de saúde da criança; 2) colocar as necessidades da criança em primeiro lugar; 3) disponibilizar cuidado consistente e rotineiro; 4) haver envolvimento dos pais com os serviços de apoio. Para muitos destes profissionais, a parentalidade minimamente adequada era vista como o critério mínimo de parentalidade e não como o que seria desejável. “Neste nível minimalista a parentalidade suficientemente boa era vista como o dar afeto e amor incondicionais, e satisfazer as necessidades básicas da criança, de alimento, segurança e cuidado físico” (Kellet & Apps, 2009, p.27). Concluíram ainda que “as dificuldades dos técnicos residem em ponderar a importância relativa dos aspetos emocionais e práticos da parentalidade de forma a avaliar o que é a parentalidade minimamente adequada” (*ibidem*, p.29).

Mais recentemente, Wolfe e McIsaac (2010), consideram que estilos de cuidado positivo refletem: conhecimento do desenvolvimento infantil e expectativas adequadas acerca dos limites do desenvolvimento normal; competências adequadas para lidar com o stress relacionado com o cuidar de crianças pequenas e formas de promover o desenvolvimento infantil através de estimulação e atenção satisfatórias; oportunidades

para desenvolver a vinculação normal pais-filhos e resolver problemas precoces de comunicação; conhecimento parental adequado de gestão doméstica, incluindo planeamento financeiro básico, abrigo adequado e planeamento de refeições; oportunidades e disponibilidade para partilhar os deveres de cuidar das crianças entre ambos os pais, quando aplicável; acesso aos serviços sociais e de saúde necessários; ênfase em métodos comportamentais adequados para controlar o comportamento não desejável das crianças em vez de métodos de controlo psicológico que induzem o medo e a culpa (Wolfe & McIsaac, 2010, p.9).

A partir desta síntese pode perceber-se que os diferentes autores especificam de forma diversa o que constitui uma parentalidade adequada, utilizando denominações diferentes que refletem enfoques diversos no *exercício*, na *experiência* ou na *prática* da parentalidade. Tendo em conta estes três eixos da parentalidade, em função de que critérios deve decidir-se sobre a sua adequação ou desadequação? Ou, mais especificamente ainda, e reportando-nos à área da proteção à infância, como se define o que *é* e *não é* uma parentalidade minimamente adequada?

CrITÉRIOS de Avaliação da Adequação da Parentalidade

A adequação da parentalidade tende a ser definida em função de dois referenciais de análise: o impacto nas crianças, a que chamaremos critério do risco/dano, e a adequação social do comportamento parental, a que chamaremos critério normativo.

CrITÉRIO do risco/dano

A ideia de que o comportamento parental afeta o comportamento das crianças está largamente presente na literatura, em estudos que associam características do comportamento parental a evoluções desenvolvimentais das crianças (Golding, 2000). O

próprio conceito de *goodness of fit*, ao salientar que os pais terão de adequar-se às necessidades desenvolvimentais específicas de cada criança (Wolfe & McIsaac, 2010), reflete claramente essa ideia, muito embora o comportamento da criança seja influenciado por múltiplas variáveis para além do comportamento parental, como as circunstâncias ambientais ou a qualidade do seu próprio desenvolvimento (Golding, 2000). Como referem Prins e Toso (2008), não basta que os pais mudem para que os filhos evoluam bem.

Por outro lado, e de acordo com a hipótese da suscetibilidade diferencial (Pluess & Belsky, 2010), as crianças reagem de forma diferente aos padrões de cuidado, de acordo com as suas características individuais. No estudo longitudinal publicado em 2010, os autores (*ibidem*) verificaram que crianças com temperamento difícil são mais suscetíveis à qualidade dos cuidados parentais e que tal efeito é observável ao longo do seu desenvolvimento. Tal significa que o comportamento parental e o comportamento da criança devem ser entendidos na sua ecologia, em vez de serem perspetivados linearmente como causa-efeito um do outro (Golding, 2000). Neste sentido, Daly (2007, p.10) considera que “uma boa parentalidade beneficia tanto a criança como os pais [só podendo] ser definida como positiva quando opera em benefício de ambos”. Há situações em que os pais não têm recursos suficientes para implementar as mudanças necessárias à adequada satisfação das necessidades dos seus filhos (e.g., perturbações mentais e/ou limitações intelectuais graves, ou abuso de tóxicos, são habitualmente limitadores importantes de tais capacidades de mudança). Voigt, Cox, Tregeagle e Dr. Barnardo's in Australia (1996) defendem que o risco/dano deverá ser o principal critério a seguir na determinação do que pode ser a parentalidade minimamente adequada, uma vez que o comportamento parental pode ser igualmente prejudicial independentemente da sua desadequação ser devida a ignorância, intencionalidade ou omissão.

Tomando como critério o risco/dano, a parentalidade deixa de ser minimamente adequada quando coloca a criança, intencionalmente ou não, numa situação em que a qualidade do seu desenvolvimento pode vir a ser prejudicada. Contudo, não pode esquecer-se que o impacto do comportamento parental é específico de cada relação (Wolfe & McIsaac, 2010), o que significa que a avaliação da (des)adequação dos comportamentos parentais não pode esquecer o contexto relacional específico em que os mesmos ocorrem.

Critério normativo

O critério normativo integra duas ordens de referenciais: as práticas culturais e as normas legais de cada contexto considerado. As práticas culturais dominantes em cada comunidade ou grupo social constituem um referencial com o qual os pais são comparados (Hurley et al., 2003) e que devem ser tidas em conta no processo de avaliação (Budd, 2008; Hurley et al., 2003; Kellet & Apps, 2009).

As imagens difundidas pelos *media* constituem um poderoso veículo de construção desta cultura dominante. Por isso, Assarsson e Aarsand procuraram, analisando um programa de televisão sueco e uma revista norte-americana para pais, caracterizar a imagem de parentalidade aí transmitida. Verificaram que, “(...) nos media, a parentalidade é categorizada, avaliada e corrigida. Independentemente do género, tema ou dilema em causa, são transmitidas normas e preferências relativamente a como ser um bom pai ” (Assarsson & Aarsand, 2011, p.79). As conclusões vão no sentido de que a parentalidade é “um processo, cuja tarefa principal é a melhoria do comportamento do adulto” (*idem, ibidem*, p.84), especificando que uma parentalidade suficientemente boa implica estar continuamente a corrigir e a melhorar a prática parental. Apontam a distinção entre “obrigações parentais” e “recomendações parentais”, sendo que as

primeiras não são negociáveis (e.g., controlar a ira ou a tolerar a frustração) e as segundas são vistas como quase inalcançáveis (e.g., “tentar não gritar” e ser “tão consistente quanto possível”). Desta análise resulta a ideia, segundo os autores, de que ainda que os pais não atinjam o ideal, se se esforçarem muito a falta de sucesso não é problema.

Já em 2008, Prins e Toso haviam realizado um estudo que ponderava a presença, ou não, do modelo cultural de referência nas práticas parentais, predominante nas classes média e alta da sociedade americana, através de um instrumento de avaliação do suporte parental ao desenvolvimento da literacia (*Parental Education Profile*). Segundo o modelo de referência, e seguindo a caracterização de Lareau que o designa como “*concerted cultivation*” (2003, p.5, citado por Prins & Toso, 2008), os pais das classes média e alta promovem e monitorizam ativamente as competências das crianças e tendem a seguir os conselhos dos técnicos “tentando deliberadamente estimular o desenvolvimento dos seus filhos e promover as suas competências sociais e cognitivas” (o que é reforçado pelas conclusões de Assarsson & Aarsand, em 2011); no modelo predominante nas classes sociais mais baixas, que Lareau designa como “*accomplishment of natural grow*” os pais cuidam das crianças, dão-lhes limites e permitem-lhes crescer, ao mesmo tempo que satisfazem as suas necessidades básicas e garantem um ambiente seguro, sem estarem focados na promoção ativa das suas competências. Prins e Toso concluem que, ainda que os técnicos tendam a favorecer o primeiro modelo, os diferentes modelos respondem a exigências contextuais diferentes.

Conclui-se, portanto, que a avaliação da (des)adequação dos pais não pode decorrer da mera constatação de que os mesmos estão mais ou menos afastados das práticas dominantes, numa determinada cultura, devendo ter-se em conta a especificidade funcional das diferentes práticas culturais. Tal assumirá especial relevância quando

avaliador e avaliado pertencem a grupos sociais com práticas dominantes diferentes. Em contextos de proteção à infância tenta-se, por vezes, encontrar critérios de ponderação do que é parentalidade minimamente adequada que não passem por comportamentos parentais a-contextualmente definidos. Pelo contrário, procura-se que a avaliação da (des)adequação das competências e capacidades parentais se faça de acordo com referenciais culturais específicos. Num estudo feito na Holanda, com 1500 famílias em que ambos os prestadores de cuidados tinham limitações cognitivas (Willems et al., 2007, cit. por Reinders, 2008), definiu-se parentalidade suficientemente boa com base em 3 critérios: a) não haver sinais de abuso ou negligência nas crianças; b) não haver ou ter havido intervenção dos serviços de proteção à infância; e c) não ter sido determinada pelo tribunal nenhum tipo de medida de acolhimento às crianças. Com outros pais, os critérios de parentalidade suficientemente boa seriam por certo diferentes.

As normas legais traduzem também as especificidades culturais de cada contexto espacial e temporal. Refira-se, a título de exemplo, o recente reconhecimento, pelo Conselho da Europa, da desadequação da punição corporal como prática educativa – Recomendação 1666 da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa (Council of Europe 2004) e de como a integração desta norma na legislação portuguesa (Lei n.º 59/2007 de 4 de setembro - Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 400/82, de 23 de setembro – Artigo 152 do Código Penal) tem vindo a exigir mudanças na forma como os adultos colocam limites ao comportamento das crianças.

Articulação dos critérios

Os dois critérios referidos plasmam o modelo ecológico que subjaz às conceptualizações comumente aceites acerca da parentalidade (Belsky, 1984; Farnfield,

2008): o critério do risco aplica-se à relação (específica) pai-filho, ou seja a conteúdos de avaliação provenientes do ontosistema e do microssistema; o critério normativo aplica-se à relação entre os pais e a comunidade e decorre de referenciais culturais comuns a um determinado grupo social, estejam eles reportados, ou não, a normas legais (conteúdos provenientes do exossistema e do macrossistema). Assim se concretiza a afirmação de Lacharité (2003, p.13) de que “as competências parentais já não dizem respeito apenas à relação entre os pais e a criança, mas igualmente à sua relação com a coletividade”. Os técnicos da área social, nas suas avaliações, são chamados a integrar (no mesossistema) ambos os critérios, na resposta à questão: será que este pai/esta mãe exerce a função parental de forma minimamente adequada?

A reflexão acerca da forma como estes critérios podem ser conjugados e operacionalizados, bem como sobre os indicadores de parentalidade minimamente adequada, assume-se não só como um desafio mas também como uma necessidade para uma mais adequada intervenção dos profissionais da proteção à infância.

Método

No âmbito do estudo de validação de um Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (adaptação da proposta de Steinhauer et al.,1993), a ser utilizado no contexto do sistema de promoção e proteção português, procurou explorar-se a compreensão que alguns profissionais e académicos portugueses, com experiência de avaliação ou decisão em casos de promoção e proteção, fazem do conceito de parentalidade mínima. Partindo de 3 grupos de profissionais diferentes, magistrados, profissionais da área psicossocial e académicos, questionou-se quais devem ser os indicadores e os limiares a considerar para poder decidir se, efetivamente, existe ou não um nível mínimo de cuidados por parte dos prestadores de cuidados. A sua escolha teve um duplo significado: por um lado, são os

principais grupos profissionais que conceptualizam e operacionalizam conceitos relevantes para o trabalho na área da proteção à infância; por outro, os magistrados pautam a sua atuação pelo critério coletivo, isto é, pela norma, enquanto para os académicos e os profissionais da área psicossocial o critério risco se assume como fundamental no processo de avaliação e ponderação das medidas de proteção e promoção a tomar.

Participantes

A amostra do estudo é constituída por 10 profissionais, 3 da área psicossocial, com mais de 15 anos de experiência na avaliação de situações de criança em risco ou perigo, sinalizadas a comissões de proteção ou acolhidas em centros de acolhimento, 4 magistrados com larga experiência em processos judiciais de promoção e proteção, e 3 académicos com trabalho de investigação reconhecido na área da avaliação psicológica e das respostas institucionais para situações de crianças em risco ou perigo. Embora tenham participado profissionais do sexo feminino (n=6) e masculino (n=4), o grupo de académicos integrou apenas profissionais do sexo feminino.

Procedimentos

Recolha da informação

Atendendo à falta de informação e à necessidade de exploração do tema em causa, considerou-se que a realização de um estudo qualitativo, com recurso à constituição de três *focus group* (FG) homogéneos quanto à área profissional, constituía a metodologia mais interessante e adequada para a obtenção de resultados válidos e úteis. A cada um dos grupos, e depois de enquadrada a problemática da necessidade de avaliação das competências e capacidades parentais no contexto da promoção e proteção da criança, foi

diretamente colocada a questão de saber “o que é e quais são os indicadores de parentalidade minimamente adequada”.

As discussões dos vários FG foram registadas em áudio e vídeo e tiveram a duração total de aproximadamente 2h30, sendo em média 1h dedicada à discussão desta questão e o restante tempo usado para avaliar a validade do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (Pereira & Alarcão, 2013).

Análise dos dados

Após a transcrição dos registos áudio, os textos foram objeto de análise de conteúdo, tendo sido utilizado para tal o *software* QSRnVivo8. Foi escolhido o tema como unidade de análise. Assim, a 1ª autora fez uma primeira leitura integral das transcrições e identificou os diferentes temas abordados, criando um conjunto de categorias e subcategorias que discutiu com a 2ª autora¹. As categorias de conteúdo não foram definidas *a priori*, antes decorreram da revisão sucessiva das referências numa perspetiva indutiva, guiada pelos dados, seguindo uma abordagem concordante com a *grounded theory*, caracterizada por sucessivas revisões dos dados e redefinição das categorias. As subcategorias constituem propriedades das categorias, tendo as referências sido agrupadas seguindo um critério de dimensionalização (LaRossa, 2005) segundo o qual são agrupados conceitos diferentes entre si mas unidos por um outro de nível de abstração mais elevado.

Posteriormente a consistência das mesmas foi testada com recurso a três juízes que codificaram 90 de um total de 272 referências, após um primeiro teste piloto em que os três juízes aplicaram e discutiram a codificação de cerca de 15 referências. O acordo inter-codificadores, definido como o grau em que dois codificadores independentes

¹ Para maior detalhe do conjunto de categorias e subcategorias, bem como da sua definição e exemplificação, *vide* Anexo A

avaliam uma característica de uma mensagem e chegam à mesma conclusão (Lombard, Snyder-Duch, & Bracken, 2010), foi calculado ao nível das subcategorias, obtendo-se o valor *K de Fleiss* de 0.91, o que é considerado muito adequado. Este valor foi calculado através da folha de cálculo especificamente desenvolvida por King (2004) para o cálculo de acordo entre mais de dois codificadores.

Resultados

Como pode ver-se no quadro 1, os indicadores de parentalidade minimamente adequada distribuem-se por diferentes níveis ecológicos – indivíduo, microsistema e contexto social – ainda que com muito mais incidência no nível microsistémico (92 referências, num total de 129). Dizem fundamentalmente respeito a capacidades (quadro 2, exemplo 1) e competências parentais (quadro 2, exemplo 2) – respetivamente, 47 e 22, de um total de 92 referências. O número de referências nas categorias não corresponde exatamente à soma das referências codificadas nas subcategorias, por duas razões: a primeira, porque nem todas espelham o nível de especificidade exigido pelas subcategorias, pelo que só foram codificadas na categoria que as enquadra; a segunda porque algumas referências articulam conteúdos codificáveis em mais do que uma subcategoria (da mesma categoria), como é o caso, por exemplo, das que remetem para capacidades e competências parentais.

Foi comum aos três grupos a dificuldade em operacionalizar os indicadores de parentalidade mínima (cf. Quadro 1, categoria g), sendo o número de referências desta categoria muito inferior (12/129) ao das categorias em que é feita a identificação qualitativa do indicador (143/129; relativa ao indivíduo: 18, microsistema: 92; contexto social: 16). Saliente-se ainda que todos os grupos apontaram a insuficiência de um único tipo de indicadores para caracterizar o que poderá ser a parentalidade minimamente

adequada, reforçando também a necessidade de conjugar indicadores provenientes de outros níveis ecológicos, nomeadamente da própria criança (Quadro 2, exemplo 3) e do contexto social (Quadro 2, exemplo 4). Como referiu um dos participantes do FG dos académicos “(...) há um cruzamento de fatores, de condições (...).Temos que fazer uma avaliação mais geral para perceber então o que é que poderá levar a isto, e não podemos centrar-nos, automaticamente naquele (...) linearmente”.

Quadro 1

Frequências de codificações para os indicadores de parentalidade minimamente adequada

Categoria e subcategoria	FG1	FG2	FG3	T
Indicadores de Parentalidade Minimamente Adequada	36	48	45	129
a. Paralelismo com negligência	0	0	2	2
b. Natureza dos indicadores: qualitativa ou quantitativa	0	0	2	2
c. Insuficiência de um tipo de indicadores	0	1	4	5
d. Indicadores do indivíduo	5	11	3	18
d.1 Comportamentos das crianças	1	3	3	7
d.2 Perceção das crianças	2	3	0	5
d.3 Sentimentos das crianças	1	5	0	6
e. Indicadores do microsistema	27	39	26	92
e.1 Capacidades Parentais	12	27	8	47
e.2 Competências Parentais	5	9	8	22
e.3 Outros indicadores – experiência da parentalidade	10	5	9	24
f Indicadores do contexto social	1	7	9	16
f.1 Indicadores do mesossistema	0	4	2	5
f.2 Indicadores do exossistema	1	3	4	8
f.3 Indicadores do macrossistema	0	0	1	1
g Operacionalização	5	2	5	12

Nota. FG1: Técnicos da Área Psicossocial; FG2: Magistrados; FG3: Académicos; T: Total

Para além de referir a dificuldade de definir e operacionalizar o conceito de parentalidade mínima (Quadro 2, exemplos 5 e 6), os académicos referiram a impossibilidade de fazê-lo através de uma formulação única (Quadro 2, exemplo 7), universal para todas as crianças.

Quadro 2

Referências exemplificativas

Exemplo 1: FG Acadêmicos: A3: *ter capacidade, de gerir os recursos, afetivos, emocionais, enfim, todos os que existem e materiais em favor da criança, e portanto se o fazem, se o souberem fazer, mesmo em contextos fortemente adversos, ah... A2: São bons cuidadores(...).*

Exemplo 2: FG Técnicos: T1: *no limite temos a responsabilidade, ou seja quando é que nós consideraremos que é capaz de exercer a sua função? Quando conseguir ser responsável por tempo indeterminado, não é, por aquela criança, e se ele conseguir garantir a sua segurança, o seu bem-estar, as questões de higiene, portanto todas as outras questões de vida do dia-a-dia, então aí ele com certeza conseguirá ser uma pessoa competente na sua função.*

Exemplo 3: FG Técnicos: T1: (...) *nós percebermos qual é que é a diferença quando a criança está no acolhimento ou quando está na família. Ela pergunta-nos coisas, provavelmente seria a expectativa dela em relação à família, ou seja, quem é que vai ficar com ela à noite, quem é que vai com ele para a escola, quem é que vai tomar conta da mochila dele ou ajudá-lo a fazer a mochila (...) portanto isto às vezes são indicadores de coisas que ou aconteciam na família ou não aconteciam.*

Exemplo 4: FG Magistrados: M3: *Há vários outros fatores, (...) naturalmente tem a ver também como eu disse com a situação de stresse, não é, por vários motivos, ou por razões endógenas ou exógenas, designadamente a pobreza, as circunstâncias difíceis de trabalho e do ponto de vista da sustentabilidade.*

Exemplo 5: FG Acadêmicos: A1: *nem a [parentalidade] ótima está retratada, (...) nem a nível do processo, nem a nível dos resultados, ora o que (...) uma pessoa que nós a... , consensualmente podemos assumir como sendo alguém, com um bom desenvolvimento, (...) também não quer dizer que isto seja só o reflexo da parentalidade. É o reflexo, de muita coisa.*

Exemplo 6: FG Acadêmicos: A1: *Que parâmetros, é que eu posso estabelecer, não é quais são as áreas que eu vou avaliar, mas depois como é que em cada uma dessas áreas eu consigo afinar o suficiente a quantificação do mínimo?*

Exemplo 7: FG Acadêmicos: A3: (...) *faz-me questionar, se a parentalidade pode ser absoluta, ou seja, se não é possível... A1: Ah, isso não, não; A3: Não, pois não? A2: tem de ser em termos de competências, é essa a diferença... A1: diferenciadas em função do desenvolvimento da criança.*

Exemplo 8: FG Acadêmicos: A3: *Isso tem uma referência (...) sociocultural importante. Porque aquilo que é funcional numa dada..., num dado grupo social ou cultural e que é aceite A1: num dado tempo A3: não é num outro.... E nós estamos a assistir muito a isso, até com minorias étnicas e outras... A1: sim, sim, sim! A3: ... aquilo que era funcional, ou que era em determinado contexto deixou de sê-lo, e por vezes as pessoas têm alguma dificuldade em lidar com isso.*

Exemplo 9: FG Acadêmicos: A1: *Eu acho que isto está muito, é assim, para mim quando eu penso qual é a parentalidade mínima adequada estamos na discussão de, qual é o risco! (...) A3: Hum, hum. A2: É. Claro. A1: Porque quando os pais não asseguram a parentalidade mínima adequada, a criança entrou no risco. Eh, sim, em termos globais, é isto.*

Exemplo 10: FG Magistrados: M2: *E depois há uma coisa que obviamente, em qualquer situação, que é a capacidade que os pais têm da afeição não é, o cuidar, o gostar, aliás há uma disposição na lei de promoção e proteção que diz que a criança está em perigo quando não tem a afeição, ou seja, quando não é gostada, não é cuidada.*

Exemplo 11: FG Magistrados: M3: *O ponto de vista da psicologia eu acho para quem trabalha é de tentar perceber realmente a verdade, a verdade da qualidade daquela relação afetiva, mas depois vêm estes problemas todos a seguir que é, a capacidade de tradução prática nas outras exigências que a criança tem (...) que é o cuidar e muitas vezes os pais quando se avalia se chega à conclusão que eles são incapazes não é, eles até podem querer mas... eu acho que para quem está, para nós que estamos a avaliar isso, não só os técnicos, quando chega aos tribunais quem tem de decidir é muito, é muito complicado, são aquelas situações que são situações ...M4:de fronteira... M3: de fronteira, mais difíceis, que é decidirmos (...), qual é a capacidade de mudança daqueles pais e quando a relação afetiva não existe ou existe mas é deficiente, é formal, é ... M4: acaba por vir ao de cima... M3: não há aquela vinculação, consegue-se decidir.*

Tal definição será diferente, em função das necessidades específicas de cada criança, alterando-se ao longo do seu desenvolvimento e dos momentos e espaços sociais

em que está inserida (Quadro 2, exemplo 8). Este caráter dinâmico justifica que se devam ter em conta indicadores de parentalidade minimamente adequada provenientes dos diferentes níveis ecológicos – criança, prestadores de cuidados, comunidade.

O risco (Quadro 2, exemplo 9) e a norma (Quadro 2, exemplo 10) surgiram nas discussões como critérios de referência para distinguir o ponto a partir do qual pode considerar-se a parentalidade como minimamente adequada. As frequências muito próximas de ambos os critérios (em 25 referências, 13 remetem para o critério do risco e 16 para o critério da norma, sendo que em quatro são referidos ambos os critérios) evidenciam que a norma tem também a função social de prevenir a concretização de determinados riscos, nomeadamente os que coloquem em causa o bem-estar das crianças.

A ponderação destes dois critérios estará relacionada com os diferentes dilemas éticos com que os técnicos e os magistrados se confrontam no momento de decidir se a forma como a parentalidade está a ser exercida é ou não minimamente adequada. Foram apontados vários dilemas (16 das 272 referências), tais como, entre afeto e competência parental (Quadro 2, exemplo 11), indicadores da criança e indicadores dos pais, soluções propostas e viabilidade da sua concretização, universalidade ou especificidade dos indicadores de parentalidade minimamente adequada.

Para além destes aspetos, os participantes associaram os indicadores de parentalidade minimamente adequada à intervenção na área da promoção e proteção da criança, com destaque para os princípios que norteiam a mesma e que estão expressos nos textos legais, como por exemplo o princípio da intervenção mínima. Refira-se ainda que os participantes também utilizaram exemplos decorrentes das suas experiências profissionais e pessoais da parentalidade (20/272 referências) para fundamentar os seus contributos para a discussão.

Conclusões

Como mostram os resultados deste estudo, a operacionalização do conceito de parentalidade minimamente adequada é uma tarefa difícil. Tal dificuldade associa-se a três aspetos fundamentais, também referidos pelos participantes: (1) à existência de diferentes crenças, valores e normas legais e culturais relacionados com a parentalidade em diferentes contextos (Barroso & Machado, 2011), (2) à especificidade funcional de cada relação entre criança e prestador de cuidados (*goodness of fit*) (Wolfe & McIsaac, 2010), e (3) ao facto de que a evolução desenvolvimental da criança não decorre apenas do comportamento parental, mas da multiplicidade de fatores específicos de cada nível ecológico que caracteriza o sistema em que a criança está integrada. Acresce ainda que o que constitui parentalidade minimamente adequada pode alterar-se ao longo do tempo, devido quer ao próprio processo de desenvolvimento dos pais e da criança, quer às diferentes circunstâncias ambientais que enquadram tal processo em cada momento. Como atesta a densidade de categorias de conteúdo decorrentes das respostas à questão colocada, não é correto operacionalizar-se o conceito de parentalidade minimamente adequada centrando-nos apenas nos pais, na criança ou no contexto, nem fazê-lo de forma absoluta, numa formulação universal aplicável a todas as crianças e todos os pais ou cuidadores. Assim, e corroborando a opinião de Golding (2000), a adequação parental deixa de ser um conceito “fixo” para ser um conceito essencialmente dinâmico, na medida em que a valoração do comportamento parental não depende apenas da natureza do mesmo, mas da forma como interage com todos os componentes do contexto em que ocorre. Como diz Daly (2007, p.9) “não há *uma* forma correta de exercer a parentalidade”.

As discussões dos três *focus group* permitem concluir que os indicadores apontados

para qualificar a parentalidade como minimamente adequada devem refletir: i) as especificidades culturais e o valor atribuído à infância ao longo da história, por uma determinada sociedade (macrossistema), ii) os referentes legais e sociais vigentes (exossistema), iii) as características específicas da relação criança-prestador de cuidados (microsistema) e iv) as necessidades da criança (ontossistema). Estes indicadores poderão remeter para condições do exercício da parentalidade, capacidades ou competências parentais, tendo em conta que são as capacidades parentais que possibilitam a atualização das competências dos pais ao longo do desenvolvimento dos filhos.

No contexto da proteção à infância, a resposta à questão “o que é parentalidade minimamente adequada” caracteriza o momento presente, distinguindo o risco (é minimamente adequada) do perigo (não é minimamente adequada). Mas suscita de imediato uma outra questão: “apesar do modo como estes pais/prestadores de cuidados exercem agora a parentalidade, poderão eles vir a fazê-lo de uma forma minimamente adequada?”. A resposta a esta outra pergunta, naturalmente sob a forma de prognóstico, determina o modo como se equaciona o futuro da criança e da família e reflete-se nas decisões relativas à intervenção e ao projeto de vida da criança. Ambas as questões evidenciam o duplo critério a ter em conta, o risco e a norma. Se a norma, área de especialização dos magistrados, conduz a uma comparação entre o que *existe* e o que é considerado coletivamente como adequado, o risco, área de especialização dos técnicos psicossociais, remete para uma comparação entre o que *existe* e as implicações desenvolvimentais dessa realidade para aquela criança. É desta dualidade que advém grande parte dos dilemas éticos com que os profissionais da área psicossocial e os magistrados se confrontam e que foram referidos neste estudo. Situando-se no mesossistema, exatamente a meio do sistema ecológico, são chamados a definir e a

operacionalizar o conceito de minimamente adequado, pelo que têm de gerir a tensão entre critérios coletivos e individuais e fazer a ponte entre a criança, os pais e a sociedade em geral. Tal gestão é muitas vezes efetuada recorrendo a referenciais pessoais, que podem enviesar a avaliação que está a ser realizada.

Neste enquadramento, propõe-se que a operacionalização do conceito de parentalidade minimamente adequada seja feita a partir de uma matriz tridimensional (Figura 1), com os seguintes eixos: (1) origem dos indicadores, que integra os diferentes níveis ecológicos, (2) forma que os indicadores poderão assumir (capacidades, competências, condições de exercício) e (3) diferentes marcadores temporais que os enquadram (história da parentalidade, diagnóstico, prognóstico).

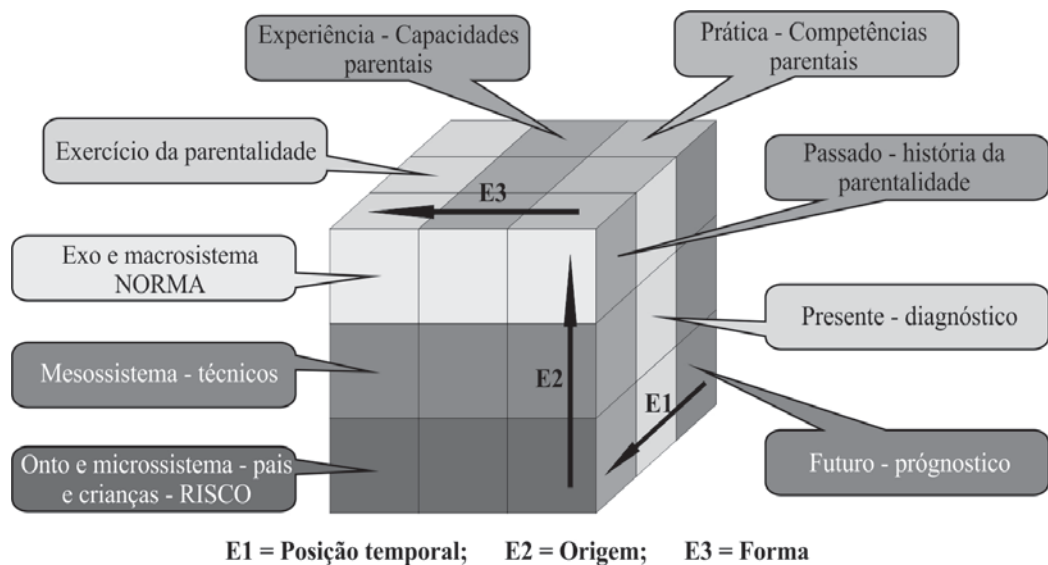


Figura 1. Matriz de operacionalização dos indicadores de parentalidade minimamente adequada

A parentalidade minimamente adequada será operacionalizada sob a forma de condições de exercício da parentalidade, capacidades ou competências parentais (indicadores qualitativos), e é específica de cada díade criança-prestador de cuidados. A

informação que a suporta deve refletir os diferentes níveis ecológicos, ou seja, é necessário ter em conta informação da criança, dos pais e dos serviços/contexto social, ponderando-a à luz do critério do risco e do critério da norma. Tal operacionalização diferirá consoante o tempo e o espaço em que se pondera a adequação da parentalidade. Os instrumentos de avaliação das capacidades e competências parentais que sejam capazes de refletir esta densidade conceptual serão determinantes para a recolha estruturada da informação e para a elaboração de juízos fundamentados. Os profissionais a quem cabe esta tarefa poderão assim ir muito além dos seus próprios referenciais pessoais e encontrar, nesta matriz, um referencial de fundamentação dos seus pareceres.

Em conclusão considera-se que a categorização criada no âmbito deste estudo afigura-se como útil para a construção de um referencial de operacionalização do conceito de parentalidade minimamente adequada. Contudo, beneficiaria se fosse testada em estudos com amostras de maior dimensão, que contivessem *focus group* heterogéneos e que integrassem, também, pais/prestadores de cuidados, limitações que podem ser apontadas a este trabalho.

Referências Bibliográficas

- Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S., & Ungar, M. T. (2005). Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: What we know. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 269–281. doi: 10.1007/s10826-005-5054-4
- Assarsson, L., & Aarsand, P. (2011). "'How to be good': Media representations of parenting. *Studies in the Education of Adults* 43(1), 78-92.

- Azar, S., & Benjet, C. (1994). A cognitive perspective on ethnicity, race, and termination of parental rights. *Law and Human Behavior*, 18(3), 249-268. doi: 10.1007/BF01499587
- Azar, S., Lauretti, A., & Loding, B. (1998). The evaluation of parental fitness in termination of parental rights cases: A functional-contextual perspective. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(2) 77-100. doi: 10.1023/A:1021883611965
- Barroso, R., & Machado, C. (2011). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica* (52), 211-230.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidade, apego y resiliencia*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55 (1), 83-96.
- Boisson M., Verjus A. (2004). La parentalité, une action de citoyenneté. Une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004). *Caisse nationale des allocations familiales, Dossier d' études*, (62), 1-75.
- Bornstein, M. (2001). Parenting: Science and practice. *Parenting: Science and Practice*, 1(1), 1-4. doi:10.1080/15295192.2001.9681208
- Budd, K. (2001). Assessing parenting competence in child protection cases: A clinical practice model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 1-18. doi: 10.1023/A:1009548509598
- Budd, K. S. (2005). Assessing parenting capacity in a child welfare context. *Children and Youth Services Review*, 27 (4), 429-444. doi: 10.1016/j.childyouth.2004.11.008

- Budd, K. S. (2008). *Evaluating parenting competence: Child protection and cultural issues*. Paper presented at The Kansas Conference in Clinical Child & Adolescent Psychology: Translating Research into Practice.
- Budd, K., Felix, E., Sweet, S., Saul, A., & Carleton, R. (2006). Evaluating parents in child protection decisions: An innovative court-based clinic model. *Professional Psychology: Research and Practice* 37(6), 666–675. doi: 10.1037/0735-7028.37.6.666
- Budd, K., & Holdsworth, M. (1996). Issues in clinical assessment of minimal parenting competence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(1), 2-14. doi: 10.1207/s15374424jccp2501_1
- Budd, K. S., Poindexter, L. M., Felix, E., & Naik-Polan, A. T. (2001). Clinical assessment of parents in child protection cases: An empirical analysis. *Law and Human Behavior*, 25(1), 93-108. doi: 10.1023/A: 1005696026973
- Centre for Parenting and Research -NSW Department of Community Services (2006). Effective parenting capacity assessment: Key issues. *Research to Practice Notes*. Retrieved from www.community.nsw.gov.au/DOCSWR/assets/main/documents/researchnotes_parenting_keyissues.pdf
- Choate, P. (2009). Parenting capacity assessments in child protection cases. *Forensic Examiner*, 18 (1), 52-59.
- Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (2011). *Dossier Parentalité et droits de l'enfant :1. Définition et historique de la notion de parentalité*. Bruxelles: Coordination des ONG pour les droits de l'enfant.
- Council of Europe (2004). *Recommendation Rec (2004)1666 of the Parliamentary Assembly - Europe-wide ban on corporal punishment of children* (Adopted by the Assembly on 23 June 2004 (21st Sitting)).

- Daly, M. (Ed.). (2007). *Parenting in contemporary Europe: A positive approach*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Daniel, B. (2000). Judgements about parenting: What do social workers think they are doing? *Child Abuse Review* 9(2), 91–107. doi: 10.1002/1099-0852(200003/04)9:2<91: AID-CAR594>3.0.CO; 2-A
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110(1), 3-25.
- Euillet, S., & C. Zaouche-Gaudron (2008). Des parents en quête de parentalité. L'exemple des parents d'enfants accueillis à l'aide sociale à l'enfance. *Sociétés et Jeunesse en Difficulté*, 5, 1-17.
- Farnfield, S. (2008). A theoretical model for the comprehensive assessment of parenting. *British Journal of Social Work*, 38(6), 1076-1099. doi:10.1093/bjsw/bcl395
- Feinberg, M. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice*, 3(2), 95-131. doi: 10.1207/S15327922PAR0302_01
- Fernández, M., & Puyana, V. (2009). *Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias del sistema público de servicios sociales de andalucía*. Junta de Andalucía: Consejería para la igualdad y bienestar social
- Golding, K. (2000). Parent management training as an intervention to promote adequate parenting. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 5(3): 357–371. doi: 10.1177/1359104500005003006
- Hurley, D., Chiodo, D., Leschied, A., & Whitehead, P. (2003). *Correlates of a measure of parenting capacity with parent and child characteristics in a child welfare sample*. London, Ontario: King's College, The University of Western Ontario.

- Kellett, J., & Apps, J. (2009). *Assessments of parenting and parenting support need: A study of four professional groups*. York: Joseph Rountree Foundation.
- King, J. E. (2004). *Software solutions for obtaining a kappa-type statistic for use with multiple raters*. Paper presented at the Annual Meeting of the Southwest Educational Research Association.
- Lacharité, C. (2003). *Les compétences parentales: Enjeux cliniques*. Paper presented at the Conférences de l'Institut Universitaire des Centres Jeunesse de Québec.
- LaRossa, R. (2005). Grounded theory methods and qualitative family research. *Journal of Marriage and Family* 67(4), 837-857. doi: 10.1111/j.1741-3737.2005.00179.x
- Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro. Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. *Diário da República, I Série-A, N.º 204*, 6115-6132.
- Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro - Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro. *Diário da República, 1.ª série, N.º 170*, 6181-6258
- Lombard, M., Snyder-Duch, J., & Bracken, C. (2010). *Practical resources for assessing and reporting intercoder reliability in content analysis research projects*. Retrieved from <http://matthewlombard.com/reliability/>
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2013). *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo de validade ecológica* Manuscrito submetido para publicação.
- Pluess, M., & Belsky, J. (2010). Differential susceptibility to parenting and quality child care. *Developmental Psychology*, 46(2), 379–390. doi: 10.1037/a0015203
- Prins, E., & Toso, B., (2008). Defining and measuring parenting for educational success: A critical discourse analysis of the parent education profile. *American Educational Research Journal*, 45(3), 555-596. doi: 10.3102/0002831208316205

- Reinders, H. (2008). Persons with disabilities as parents: What is the problem? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21 (4), 308 –314. doi: 10.1111/j.1468-3148.2008.00445.x
- Sellenet, C. (2007). *Essai de conceptualisation du terme «parentalité »*. Retrieved from http://documentation.reseau-enfance.com/IMG/pdf/concept_parentalite.pdf
- Steinhauer, P., Leitenberger, M., Manglicas, E., Pauker, J., Smith, R., & Gonçalves, L. (1993). *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Toronto: L'Institut pour la Prévention de l'enfance maltraitée
- Tomison, A. (1998). Valuing parent education - a cornerstone of child abuse prevention. *Issues in Child Abuse Prevention* (10), 1-20.
- Voigt, L., Cox, A., Tregeagle, S., & Dr. Barnardo's in Australia. (1996). *Good enough parenting*. Sydney: Barnardos Australia.
- Wolfe, D. A., & McIsaac, C. (2010). *Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.

1.2 Avaliação da Parentalidade no Quadro da Proteção à Infância*

Dora Pereira & Madalena Alarcão

Resumo

A avaliação da parentalidade constitui uma tarefa crucial no quadro da proteção à infância. Dela dependerão, em grande parte, as decisões legais e as intervenções psicossociais subsequentes. Em Portugal, ainda não dispomos de parâmetros orientadores, permanecendo ao critério de cada serviço ou de cada técnico a escolha dos mais adequados. A partir da análise de 11 modelos de avaliação da parentalidade, verificamos que é consensual abordar três áreas chave – criança, pais, contexto – e que tende a generalizar-se a inclusão de parâmetros respeitantes às capacidades parentais, bem como a ponderação da implicação emocional do técnico no processo de avaliação. Estes referenciais e o conceito de “parentalidade minimamente adequada” são apontados como vetores de investigação futura no contexto nacional.

Palavras-chave: Competências parentais, Capacidade parental, Parentalidade minimamente adequada, Avaliação, Proteção à infância.

Abstract

Parenting assessment is a main task in child protection field. Legal decisions and psychosocial interventions will depend on it. In Portugal we still don't have guiding lines; each service and each worker chooses the ones they think more adequate. From 11 parenting assessment models' analysis, we conclude that there are 3 major areas assessed- child, parents, context – and that it tend to be generalized the inclusion of guiding lines related to parental capacities as considering worker's emotional involvement in assessment process. These reference points and “minimally adequate parenting” are pointed out as future research lines in our country.

Keywords: Parenting skills, Parenting capacity, Minimally adequate parenting, Assessment, Child protection.

* Pereira, D., & Alarcão, M. (2010). Avaliação da parentalidade no quadro da proteção à infância. *Temas em Psicologia*, 18(2), 499-517.

O artigo está organizado de acordo com as normas da revista e foi ajustado ao atual acordo ortográfico.

A intervenção social em situações de maus-tratos infantis decorre de uma cultura de proteção à infância que tem vindo a ser progressivamente integrada nos textos legais dos diferentes países. A criança passou a ser vista como sujeito de direitos, mobilizando o desenvolvimento de sistemas sociais que têm como objetivo assegurar a boa qualidade do seu desenvolvimento. Não obstante a heterogeneidade de tais sistemas, é fato que temos vindo a assistir a uma crescente preocupação no sentido de melhorar a qualidade dos serviços disponibilizados às crianças e às famílias, um pouco por todo o mundo.

No nosso país, têm ocorrido mudanças no mesmo sentido, desde a publicação em 27 de Maio de 1911 (Decreto-Lei, 1911), da Lei de Proteção à Infância: ratificação da Convenção dos Direitos da Criança (21 de Setembro de 1990), aprovação da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n. ° 147/99, 1999), regulamentação das diferentes medidas de promoção e proteção nela incluídas e respetivas mudanças organizacionais decorrentes destes textos legais. Mais especificamente, temos assistido a uma mudança gradual de um sistema de proteção que assentava quase exclusivamente na institucionalização prolongada das crianças para um sistema que contém uma cada vez maior diversidade de respostas que procuram atender às especificidades das diferentes problemáticas associadas à “infância em risco”.

A avaliação da parentalidade¹ é um dos vetores dessa progressiva especialização das intervenções desenvolvidas no âmbito da proteção à infância. Assim, se há 15 anos atrás o acolhimento institucional de crianças, no nosso país, decorria frequentemente de um pedido efetuado diretamente pelos pais à instituição, atualmente a entrada de uma criança num centro de acolhimento é sempre efetuada no âmbito da aplicação de uma medida de promoção e proteção que pontua a situação atual daquela criança/jovem como

¹ Segundo Cruz (2005), a parentalidade define-se como um “(...) conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade” (p. 13). É partindo desta definição que o termo “parentalidade” será usado ao longo deste artigo.

sendo de “perigo” (situação em que os prestadores de cuidados se consideram e/ou são considerados incapazes de a/o proteger de ameaças graves à qualidade do seu desenvolvimento). Neste enquadramento, a forma como é avaliada a capacidade dos prestadores de cuidados para exercer, atualmente e no futuro, o seu papel parental assume especial relevância: é em tal avaliação que assenta a fundamentação do projeto de vida a definir para cada criança/jovem, por parte dos diferentes serviços envolvidos, o que terá necessariamente implicações importantes no seu ajustamento psíquico e social posterior (Budd, Poindexter, Félix & Naik-Polan, 2001; Hurley, Chiodo, Leschied & Whitehead, 2003; White, 2005). Como refere Woodcock (2003): “É praticamente axiomático que a avaliação da parentalidade é um componente principal da prática de proteção à infância” (p. 87).

A necessidade de efetuar este tipo de avaliações decorre assim da preocupação social com a qualidade do desenvolvimento da criança. Donald e Jureidini (2004) referem mesmo que não é a categoria de mau-trato, nem a severidade física do mesmo que predizem o bem-estar futuro e a segurança da criança, mas que a “variável crítica” diz respeito ao nível de perturbação da parentalidade. Daí a importância de se efetuarem avaliações da capacidade parental que possam ajuizar sobre tal variável. Como refere Budd (2005), citando a Associação de Psicologia Americana (American Psychological Association Committee on Professional Practice and Standards, 1998),

no seu melhor, as avaliações da parentalidade podem fornecer uma perspectiva objetiva e informada que aumente a clareza das decisões relacionadas com o bem-estar da criança. No seu pior, podem fornecer informação enviesada e/ou irrelevante que viole os direitos do avaliado e prejudique o processo de tomada de decisão (p. 430).

A avaliação da parentalidade torna-se uma tarefa difícil dado o contexto de grande ativação emocional em que habitualmente ocorre, a falta de guiões de avaliação que permitam ajuizar adequadamente acerca da “competência parental mínima”, a ausência de critérios claros acerca do que constitui uma parentalidade “suficientemente boa” e a gravidade das decisões judiciais associadas (Budd, 2008; Hurley et al., 2003; Schmidt, Cuttress, Lang, Lewandowski & Rawana, 2007). Ao poder estar em causa a continuidade da relação pais-filhos, é de suma importância, para todos os atores do sistema de promoção e proteção (crianças, famílias, técnicos, sociedade em geral), que se minimize a margem de erro de tais avaliações. A possibilidade de acontecerem futuras situações de perigo na sequência de avaliações menos bem realizadas foi sublinhada por Berard e Smith (2008) ao citarem diversos estudos (e.g., Block, 1981; Fein, Maluccio, Hamilton & Ward, 1983; Lahti, 1978; *apud* Berard & Smith, 2008) que constataram a existência de taxas mais elevadas de acolhimento não planejado após a reunificação do que após a adoção. Ainda que não disponhamos de dados estatísticos referentes ao sistema de proteção português, podemos confirmar esta tendência a partir da experiência de 13 anos de intervenção da Associação “Chão dos Meninos”²: é maior o número de crianças novamente acolhidas após a reunificação junto dos seus próprios pais do que após adoção, numa proporção de aproximadamente 6:2. Este fato é claramente ilustrativo da importância de se conduzirem avaliações do comportamento parental que possam prevenir futuras recidivas/novas situações de perigo para as crianças e jovens: para além das consequências desenvolvimentais óbvias, poderemos perspetivar que a ineficácia do sistema de proteção na prevenção de recidivas contribuirá para a cristalização dos ciclos

² A Associação “Chão dos Meninos” é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sediada em Évora (Alentejo, Portugal), que existe desde 1993. Desenvolve trabalho especializado na área dos maus-tratos infantis, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Mais especificamente, ao nível da intervenção direta, trabalha com crianças e jovens, respetivas famílias e agressores. Os serviços desenvolvem-se em três valências: dois Centros de Acolhimento Temporário (um para crianças dos 0 aos 12 anos e outro para adolescentes dos 12 aos 18 anos) e um Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental.

de disfuncionalidade, desacreditando, paradoxalmente, a viabilidade dos processos de mudança familiares. Ou seja, a suspeição/descrédito do sistema de proteção face à mudança das famílias será reforçada pela ineficácia das próprias estratégias de intervenção, instalando-se um ciclo de disfuncionalidade alargado em que a solução se torna parte do problema. Assim, a forma como se avalia o comportamento parental, inscrita num “paradigma teórico-prático, que se destina a promover o bem-estar infantil, através dos bons tratos às crianças (...), pode ser considerada um antídoto para os maus-tratos familiares, mas também para a violência institucional e social” (Barudy & Dantagnan, 2010, p. 273), se a mesma, efetivamente, contribuir não só para a sua proteção, mas para a promoção do seu desenvolvimento. Infelizmente, não encontramos no sistema de promoção e proteção português, critérios claros e comumente aceites de avaliação da parentalidade. Os serviços com competência em matéria de infância e juventude respondem à questão “Será que este ‘pai’ é capaz de responder às necessidades desta criança?” (Pezzot-Pearce & Pearce, 2004) com base nos seus percursos formativos e organizacionais específicos e nos percursos individuais de cada técnico envolvido, não existindo um quadro de referência comum cientificamente fundamentado. Esta situação traduz-se, muitas vezes, numa aparente dissonância entre referenciais legais e científicos em matéria de proteção à infância, sendo determinante que se clarifique a que parâmetros de avaliação e formas de intervenção corresponde então o “superior interesse da criança”.

É neste enquadramento que, com base na literatura internacional, nos propomos a caracterizar os modelos atuais de avaliação da parentalidade, explicitar as diferenças conceituais entre os mesmos, as suas limitações e potencialidades e identificar linhas de investigação futuras no contexto do sistema de promoção e proteção português.

1. Avaliação da parentalidade: conceitos de referência

Ao rever a literatura, percebemos que, subjacentes a esta avaliação, estão diferentes interrogações, preocupações e referenciais. Com efeito, avaliam-se competências parentais ou capacidade parental? Toma-se como referência a parentalidade ideal ou a parentalidade mínima? A qualidade do desenvolvimento da criança ou as normas sociais e culturais?

Reder, Duncan e Lucey (2003a) definem as avaliações da parentalidade “como um processo planejado” (p. 3), capaz de identificar as preocupações acerca do bem-estar de uma criança, de transmitir informações acerca do seu funcionamento e do dos pais e de formar uma opinião acerca da forma como as necessidades da criança estão a ser satisfeitas. Steinhauer (1991), Donald e Jureidini (2004), Harnett (2007) e Choate (2009) acrescentam a previsão da capacidade parental no futuro, apontando parâmetros que incidem especificamente na avaliação da capacidade de mudança dos pais. Estamos então perante um processo que implica uma dimensão sincrônica e uma dimensão diacrônica a que Steinhauer, Leitenberger, Manglicas, Pauker, Smith & Gonçalves (1993) fazem corresponder os conceitos de competência parental e capacidade parental. Mais especificamente, as competências parentais são entendidas como “a soma das atitudes e das condutas favoráveis ao desenvolvimento normal de uma criança. A sua avaliação assenta no exame dos comportamentos atuais do prestador de cuidados em relação à criança, o que ele faz, ..., no momento da avaliação...” (De Rancourt, Paquette, Paquette & Rainville, 2006, p. 18). As capacidades parentais dizem respeito àquilo “que o progenitor seria capaz de fazer” (DeRancourt et al., 2006, p. 18), o que nos remete para a forma como os prestadores de cuidados utilizam os recursos de que dispõem para exercer a parentalidade ou, mais especificamente, como referem Donald e Jureidini (2004, para as “qualidades psicológicas que trazem para essas tarefas” (p.12).

O cruzamento destas duas dimensões de análise (competências e capacidades parentais) far-se-á à luz das abordagens teóricas desenvolvimentais, sistêmicas e ecológicas, pouco explicitamente operacionalizadas na designação abrangente de “Parentalidade minimamente adequada”. Esta designação é referida por vários autores como o critério a respeitar nos pareceres decorrentes de tais avaliações (Azar, Lauretti & Loding, 1998; Budd, 2001, 2005, 2008; Budd et al., 2001; Budd, Felix, Sweet, Saul & Carleton, 2006; Choate, 2009), embora reconheçam a inexistência de parâmetros que o objetivem (Azar et al., 1998). O *Centre for Parenting and Research – New South Wales Department of Community Services* (2006) define “parentalidade minimamente adequada” como “a quantidade mínima de cuidado necessária de modo a não causar dano à criança” (p. 1), o qual se contrapõe ao da parentalidade ótima que se constitui frequentemente como o referencial “ideal” e presente em muitas avaliações, nomeadamente as que assentam em modelos desenvolvimentais do comportamento parental (Azar et al., 1998). Contudo, ainda que não exista um critério universalmente aceite do que constitui a “parentalidade minimamente adequada”, existe alguma consistência no que é apontado como adequado/inadequado (O’Connor, 2002) e existem expectativas associadas a tal conceito, tais como as identificadas por Woodcock, no estudo qualitativo que realizou em 2003: (1) expectativa de “prevenir o dano”, que corresponderia à capacidade dos pais de evitar que as crianças sofram algum tipo de dano/mau-trato; (2) expectativa dos pais conhecerem e serem capazes de satisfazer apropriadamente os níveis desenvolvimentais dos seus filhos; (3) expectativa dos pais assegurarem, de forma sistemática e consistente, o cuidado físico dos filhos; (4) expectativa dos pais serem emocionalmente sensitivos e estarem emocionalmente disponíveis. Torna-se claro, através do estudo de Woodcock, que o processo de avaliação do comportamento parental está intimamente ligado aos conceitos de parentalidade

mantidos pelos próprios técnicos, tal como Azar et al. (1998) haviam afirmado. Será assim determinante que aquelas expectativas possam corresponder a prognósticos devidamente fundamentados, ainda que se reconheça a subjetividade de tal processo (Barudy & Dantagnan, 2005). Pregno (2002) vai mais longe ao afirmar que “se a melhor explicação do sistema familiar é o próprio sistema familiar, a melhor explicação da observação e da análise do sistema familiar é o profissional e a instituição na qual ele trabalha” (p. 159). Podemos então afirmar que na definição do que constitui parentalidade minimamente adequada estarão implicados os técnicos, as respectivas instituições de pertença e as normas/valores culturais de referência, para além das definições próprias de cada família e de cada prestador de cuidados. Constata-se assim a transversalidade ecológica de tal definição e evidencia-se a dificuldade e importância de a operacionalizar de forma aceitável por todos os elementos dos diferentes níveis ecológicos.

Para Donald e Jureidini (2004) “a parentalidade adequada requer que os pais sejam capazes de responder aos desafios colocados pelo temperamento e desenvolvimento particulares do seu filho (os quais podem ser influenciados pela experiência abusiva) e também de aceitar e estar preparados para lidar com as suas próprias características que afetem a sua capacidade parental” (p. 1).

Aos conceitos desenvolvimentais de referência, teremos ainda de juntar as normas culturais, sociais e legais vigentes em cada contexto de avaliação, tornando-se por vezes difícil a delimitação entre o que é socialmente aceite, e pontuado como adequado (Azar et al., 1998), e o que é potenciador (ou não) de um desenvolvimento saudável. A este propósito, Woodcock (2003) critica o fato de os estudos sobre a parentalidade usarem e reproduzirem as ideologias dominantes acerca da maternidade e das famílias ideais, referindo que são geralmente seguidos os valores das mães brancas, americanas, de classe média. Não obstante, constituem-se como referenciais normativos, para além da

legislação vigente em cada país, as diretrizes emanadas de organismos como o Conselho da Europa, a Organização Mundial de Saúde ou as Nações Unidas. Atualmente, o Conselho da Europa refere a Convenção dos Direitos da Criança, a parentalidade positiva, a eliminação da punição física, a promoção da igualdade de gênero, as responsabilidades parentais e uma cultura de não violência como princípios orientadores das políticas de apoio à parentalidade [“Rec. (2006) 19 do Comité de Ministros dos estados membros acerca da politica para apoiar a parentalidade positiva”] (Council of Europe, 2006). O desempenho positivo do papel parental é aí definido, como: “ [o] comportamento parental focado nos interesses da criança, que seja cuidador, capacitante, não violento, que reconheça a criança e a oriente, o que implica a definição de limites para potenciar o [seu] desenvolvimento integral” (p.2).

Perante o exposto, poderemos afirmar que a competência parental se mede pelas consequências, atualmente observáveis, das práticas parentais no desenvolvimento da criança e pela adequação das mesmas às normas culturais e legais vigentes. Ou seja, serão utilizados referenciais desenvolvimentais e normativos. Por seu lado, a capacidade parental procura prever a forma como as necessidades da criança poderão vir a ser satisfeitas no futuro pelos seus pais/prestadores de cuidados, de acordo com os mesmos referenciais. Cabe então aos técnicos pronunciar-se sobre se, para que tal tarefa seja cumprida, estão presentes capacidades parentais minimamente adequadas ou que possam ser complementadas com os apoios sociais formais e informais disponíveis numa determinada comunidade.

Da análise destes conceitos de referência concluímos que, se a nível macrossistêmico os valores sociais e culturais relacionados com a infância e o exercício da função parental têm vindo cada vez mais a fazer parte da agenda política, a ser globalmente definidos e assumidos, não encontramos, nos outros níveis ecológicos

(exossistema, mesossistema, microsistema ou nível ontogenético), uma clara operacionalização do que constitui competência parental, capacidade parental ou parentalidade minimamente adequada.

2. O processo de avaliação da parentalidade

2.1 Objetivos

Como referimos, o principal objetivo das avaliações da parentalidade, no contexto de proteção à infância, é elaborar um parecer relativo à adequação do comportamento parental no presente e no futuro, que permita fundamentar as medidas legais e as estratégias de intervenção psicossocial que se afigurem mais adequadas para potenciar o desenvolvimento saudável da criança. Budd (2008) aponta algumas questões subjacentes a tal parecer técnico: Como saber se um progenitor é “suficientemente bom”? Os diagnósticos de saúde mental ou funcionamento cognitivo constituem uma prova da adequação/desadequação parental? Como é que a pobreza, cultura e necessidades das crianças, entre outros fatores, influenciam a adequação parental? Qual o risco de repetição do mau trato? A reunificação corresponde ao superior interesse da criança? Choate (2009) acrescenta:

É possível que a criança viva segura nesta casa? Em caso negativo, o que pode ser feito para que tal ocorra? Essa mudança é realista? Por outras palavras, os deficits são modificáveis? (...) O que é que os registos passados mostram acerca da capacidade de mudança dos pais? A mudança pode ocorrer num intervalo de tempo que respeite os interesses da criança? Os pais aceitam que é necessário que ocorram mudanças? Os pais estão realisticamente dispostos a mudar? (p. 58)

Mais especificamente, Budd (2005) considera que as avaliações do comportamento parental poderão: (1) descrever características e padrões do funcionamento dos pais nos

papéis de adultos e cuidadores; (2) explicar possíveis razões para o comportamento anormal e problemático, referir o potencial de mudança; (3) identificar condições ambientais e pessoais que possam influenciar positiva e negativamente o comportamento dos pais; (4) descrever o funcionamento, necessidades e riscos das crianças em relação às aptidões e défices parentais; (5) fornecer orientações para a intervenção. O *Departamento de la formation, de la jeunesse et de la culture – Service de protection de la jeunesse – Canton de Vaud* – Suíça (Service de Protection de la Jeunesse, 2008) aponta também como finalidades das avaliações do comportamento parental objetivos mais centrados na própria função dos técnicos que as desenvolvem, nomeadamente: (a) ativar a dinâmica de mudança, (b) ajudar os técnicos a distanciarem se da situação para poderem apreciar e (c) tomar decisões, (d) otimizando a intervenção. Budd (2005) considera, ainda, que não é possível, com tais avaliações: (1) comparar a adequação de um indivíduo com padrões parentais universais; (2) tirar conclusões acerca da adequação do comportamento parental com base em medidas indiretas; (3) prever a capacidade parental a partir de diagnósticos de saúde mental; (4) descartar os efeitos de influências situacionais (ex.: limitações de tempo, solicitações exigidas, stressores atuais, questões culturais) no processo de avaliação; (5) prever o futuro com certeza; (6) responder a questões não efetuadas por quem solicita a avaliação.

No ponto seguinte, detalharemos como diferentes modelos de avaliação procuram responder ao desafio da avaliação, abordando, inclusivamente, a forma como ponderam a informação recolhida, nomeadamente no que toca à relação entre competências e capacidades parentais.

2.2 Modelos de Avaliação

2.2.1 Descrição dos modelos

Ao longo das últimas duas décadas, têm surgido diferentes modelos de avaliação da parentalidade que procuram operacionalizar conteúdos e procedimentos que possam fundamentar as respetivas conclusões. A partir da literatura revista, apresentamos, por ordem cronológica de publicação, onze modelos, identificando, para cada um, os conteúdos avaliados (Anexo 1). Nesta revisão, respeitaremos as designações e organizações originais dos seus autores.

Partindo de uma leitura ecológica do desenvolvimento humano, em geral, e dos maus-tratos infantis, em particular, o modelo dos Determinantes do Comportamento Parental (Belsky, 1984; Belsky & Vondra, 1989) sugere que a competência parental é multideterminada e resultará da conjugação de três ordens de fatores: progenitor, criança e fontes contextuais de *stress* e de apoio. A qualidade do comportamento parental dependerá do efeito cumulativo dos fatores de risco e proteção, num *continuum* entre “bons tratos” e “maus-tratos”: em situações em que vários determinantes constituem fatores de risco, serão os recursos pessoais dos pais aqueles que melhor diferenciarão a qualidade do funcionamento parental (Belsky & Vondra, 1989). Ou seja, consideram que “os recursos psicológicos pessoais serão os determinantes mais influentes do comportamento parental” (p. 191), quer pelo seu efeito direto no comportamento parental (nível das competências), quer pelo fato de facilitarem a obtenção de apoios contextuais (nível das capacidades).

Ainda que este modelo tenha sido desenvolvido com vista à conceitualização do comportamento parental, e não como um modelo de avaliação da parentalidade, ressalta da sua análise a importância de ter em conta todos os determinantes para se poder compreender e avaliar a qualidade do comportamento dos pais. Como veremos adiante,

este modelo conceitual foi claramente a referência organizadora dos modelos de avaliação que se foram desenvolvendo nos anos subsequentes.

Em 1985, Margaret Adcock propõe um quadro de avaliação da “Parentalidade suficientemente boa”, no âmbito do sistema de proteção à infância, que decorrerá de um processo efetuado conjuntamente com as famílias (Adcock, 1985). Para identificar as mudanças necessárias para resolver o problema, Adcock cita Stein, Gambrill e Wiltse (1978), sugerindo que sejam respondidas as questões referidas por estes autores: (1) O que terá de ser diferente para que a criança possa permanecer em casa ou para que a ela possa regressar? (2) Como é que se pode reconhecer essa diferença? (3) Os pais têm problemas pessoais que devam ser resolvidos antes da criança regressar a casa? (4) Como é que as coisas seriam diferentes se tais problemas estivessem resolvidos? (5) O que veria um observador se tais diferenças tivessem ocorrido?

Tal como no modelo de Belsky, está presente a ideia da influência conjunta das características dos pais, da criança e do contexto, ainda que seja dada especial relevância aos aspetos da dinâmica familiar. Ou seja, para além da leitura ecológica subjacente, integra-se aqui um claro enfoque sistêmico, ou, mais especificamente, é dada especial relevância à avaliação do funcionamento do microssistema/família. Ao longo da apresentação deste quadro de avaliação, são feitas poucas referências a competências ou capacidades parentais, centrando-se a autora na avaliação do potencial de mudança e na identificação das estratégias de intervenção mais adequadas. É de salientar que um dos autores que contribuiu para a identificação dos aspetos a avaliar no funcionamento familiar foi Arnon Bentovim, mais tarde ligado ao desenvolvimento do *Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families*, que abordaremos adiante.

Em 1993, Paul Steinhauer e a equipe de Toronto publicam o *Guia de Avaliação da Competência Parental*, que foi posteriormente adaptado, em 2006, pelos *Centres*

Jeunesse de Montreal, sendo atualmente utilizado nas avaliações efetuadas por estes organismos. Este sistema de avaliação inclui quatro domínios, aos quais correspondem nove subescalas de avaliação, conforme se apresenta no Anexo 1, e destina-se especificamente à avaliação de pais de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos. À semelhança do modelo de Belsky e Vondra, estão presentes os mesmos três domínios de influência (contexto, pais e criança), sendo explicitadas variáveis relacionadas com os recursos pessoais dos pais e acrescentadas outras que nos remetem para a dinâmica relacional entre pais e filhos. Integram-se assim os referenciais ecológicos, sistemicos e desenvolvimentais. Em 2006, foi acrescentado um novo ponto destinado à previsão do potencial de mudança dos pais (já referido por Steinhauer em 1991), no qual, a partir de um conjunto de pontos de análise (desenvolvimento da criança, aparecimento dos problemas, problema psiquiátrico que afeta as capacidades parentais, utilização de serviços no passado e sucesso da intervenção, competência parental atual, abertura atual e vontade dos pais em procurar e utilizar a ajuda, aceitação da responsabilidade pelos pais, capacidade de conter as tensões, ajuda exterior e capacidade de a utilizar), se fundamenta uma de duas hipóteses prognósticas: potencial de mudança encorajador ou alto risco de cronicidade. Cada subescala de cada domínio é classificada como força *major* ou *minor*, preocupação *major* ou *minor*, possibilitando a elaboração do perfil da competência parental.

Conceitualmente, destacamos dois aspetos: em primeiro lugar, os autores procuram encontrar um critério de classificação comum a todas as áreas avaliadas, o que facilita ao técnico a identificação de forças e fraquezas do funcionamento parental, bem como a ponderação da informação recolhida. Por outro lado, é feita uma clara distinção entre competências e capacidades parentais, sendo estas últimas avaliadas a partir da análise conjunta de diferentes indicadores recolhidos nas várias subescalas. São assim integradas

a dimensão sincrônica e diacrônica da avaliação. Ao clarificar como deve ser ponderada e integrada a informação, este modelo contribui para a diminuição da subjetividade inerente ao processo de avaliação.

Peter Reder e Clare Lucey são igualmente dois autores de referência no estudo da parentalidade e, mais especificamente, da sua avaliação. Em 1995 editaram o livro *Assessment of parenting, psychiatric and psychological contributions* (Reder & Lucey, 1995a) no qual propõem um modelo de avaliação da parentalidade (Reder & Lucey, 1995b) que vêm a actualizar em 2003 (Reder, et al., 2003a), no livro *Studies in the assessment of parenting* (Reder, Duncan & Lucey, 2003b). Com a inclusão (em 2003) do domínio da “Criança (e relação Criança-Pais)”, o impacto do comportamento parental deixa de ser avaliado “apenas” em função das consequências do mesmo no desenvolvimento da criança, mas passa também a sê-lo em função do próprio comportamento das crianças face aos pais e das perceções que estas mantêm acerca do comportamento parental. Ou seja, a criança passa a participar ativamente na avaliação do comportamento dos pais. Reder e Lucey não diferenciam os conceitos de competência e capacidade parental, ainda que em 2003, juntamente com Duncan, definam o processo de avaliação da parentalidade como “apreciações detalhadas da capacidade dos pais de cuidar do seu filho” (Reder et al., 2003a, p. 22). Contudo, não apresentam critérios de integração da informação recolhida, deixando que seja cada técnico a escolher quais fundamentarão a probabilidade de mudança de comportamento dos pais no futuro.

Azar et al. (1998) defendem que a avaliação dos pais deve ser feita numa perspetiva funcional e contextual, capaz de relacionar as competências e deficits dos pais com a sua capacidade de serem pais de uma determinada criança num contexto específico de vida. A sua proposta de trabalho surge como alternativa ao que consideram ser a insuficiência das abordagens de carácter individualista (que predominavam até então) para avaliar um

processo relacional (a parentalidade). Assim, privilegiam a recolha de dados comportamentais e não a avaliação da personalidade dos pais. Além disso, consideram crucial identificar exatamente que capacidades parentais foram comprometidas no passado, quais se mantiveram e quais continuarão a estar comprometidas no futuro, sublinhando a perspectiva diacrônica da avaliação. Estes autores distinguem competências e capacidades, ainda que não sejam dadas referências acerca de como devem ser diferenciadas tais avaliações. Outro elemento que distingue este modelo assenta na proposta de utilização de diferentes instrumentos, como escalas de autorresposta, sistemas de codificação das interações ou *check-lists*, para efetivar a avaliação dos vários conteúdos.

Como tal, a qualidade dos pareceres relativos à capacidade parental, obtidos através deste sistema de avaliação, poderá ser prejudicada pela integração de resultados provenientes de instrumentos concebidos com base em diferentes abordagens teóricas e sem que muitos deles (como os próprios autores reconhecem) tenham sido desenvolvidos com o objetivo de serem utilizados neste tipo de avaliações ou testados com populações de risco.

O *Framework for Assessment of Children in Need and Their Families* foi publicado em 2000, pelo Departamento de Saúde do Reino Unido (Department of Health, 2000), e constitui uma importante referência em matéria de avaliação das situações de crianças em risco e suas famílias. Ainda que não se centre exclusivamente sobre a capacidade parental, inclui este domínio como um dos eixos da avaliação de qualquer criança/família, razão pela qual consideramos pertinente referi-lo. Tal como os outros modelos, articula muito claramente as 3 dimensões chave – necessidades da criança, capacidades parentais e fatores ambientais. Contudo, não inclui nenhum parâmetro relacionado com a avaliação da capacidade de mudança dos pais, ainda que um dos

objetivos de avaliação seja obter informação suficiente para fundamentar a intervenção subsequente com crianças e famílias e um dos documentos de suporte ao quadro de avaliação diga respeito à avaliação da motivação dos pais para mudar (Horwath & Morrison, 2000). Consideramos igualmente relevante o fato da apreciação sobre a capacidade parental decorrer das observações recolhidas relativamente a cinco competências que remetem diretamente para a relação pais-filhos e para a satisfação das necessidades destes, não sendo enquadradas como competências parentais áreas de funcionamento parental como a gestão do *stress*, ou a capacidade de reconhecer os seus comportamentos e assumir as suas responsabilidades. A integração da informação é deixada ao critério do técnico, não sendo explicitadas orientações acerca de como a mesma deve ser feita (Donald & Jureidini, 2004), nem de como se reflete em termos de planificação da intervenção ou de medidas judiciais a propor.

Em 2001, Karen Budd propõe um conjunto de diretrizes com vista a melhorar a qualidade dos relatórios de avaliação da capacidade parental. O modelo desenvolve-se em torno de três características nucleares: a) qualidades dos pais e características da relação pais-filhos, b) abordagem funcional³ e c) “parentalidade minimamente adequada”. A autora salienta que os técnicos devem descrever detalhadamente a forma como os pais asseguram as suas próprias necessidades na medida em que isso afeta o modo como asseguram as necessidades dos filhos⁴. Em nosso entender este tipo de análise não avalia a capacidade empática dos pais para com as necessidades dos filhos, fator que pode ser um mediador crucial entre o reconhecimento das necessidades da criança e a mobilização dos pais para a sua satisfação.

³ Grisso (1986, citado por Budd, 2001, p. 3) define abordagem funcional como “o que o prestador de cuidados entende, acredita, sabe, faz e é capaz de fazer relativamente ao cuidar de uma criança”.

⁴ Por exemplo, se o prestador de cuidados passa muitas vezes fome, ou come ocasionalmente, é provável que alimente a criança de forma irregular porque não há comida em casa. Introduce assim a possibilidade de generalizar conclusões sobre o funcionamento pessoal ao funcionamento parental, sugerindo alguns exemplos de como tais generalizações poderão ser fundamentadas a partir de observações do comportamento atual.

Ao contrário de Budd (2001), Donald e Jureidini (2004) destacam a importância atribuída à capacidade parental e não às competências observáveis. Consideram que “a capacidade parental não é uma medida de como as pessoas desempenham as tarefas parentais mas refere-se às qualidades psicológicas que trazem para essas tarefas” (Donald & Jureidini, 2004, p. 12) e ainda que a mesma é influenciada por fatores relacionados com a criança (“quão difícil é ser ‘pai’ desta criança?”⁵ - p. 10) e com o contexto social (“qual o nível, natureza e contexto do apoio estrutural socioambiental no qual é exercida a parentalidade?” - p.10). Partindo destas premissas, consideram que a recolha de informação deve ser organizada em função da avaliação da capacidade dos prestadores de cuidados reconhecerem e satisfazerem adequadamente as necessidades atuais e previsíveis da criança, no quadro de uma resposta empática ao nível do dano experienciado pela criança. A capacidade empática dos pais assume aqui uma importância não atribuída por nenhum outro modelo de avaliação, considerando os autores que esta é a característica que mais contribui para a capacidade parental. Refira-se ainda que este é o único modelo a considerar que as avaliações da capacidade parental devem ser conduzidas após a confirmação da ocorrência de maus-tratos o que, em nosso entender, pode ajudar a pontuar as mesmas no quadro de um processo clínico, diferenciando-as decisivamente de um processo que “comprove” a ocorrência de maus-tratos.

Pezzot-Pearce e Pearce (2004), considerando os três eixos de análise habituais (pais, criança e contexto), centram-se na importância de distinguir as competências parentais necessárias para satisfazer as necessidades de uma criança com um desenvolvimento “típico” das exigidas para lidar com situações tão específicas como, por exemplo, as crianças adotadas ou com perturbações de desenvolvimento. Estes autores

⁵ Questão que traduz a determinação da parentabilidade da criança (*parentability*).

consideram ainda que é essencial avaliar as crianças (nomeadamente as suas necessidades) para que o técnico possa ponderar adequadamente se as características dos pais satisfarão as necessidades evidenciadas por aquela criança em particular. As recomendações em termos de intervenção a desenvolver e/ou medida judicial a aplicar deverão decorrer da ponderação dos fatores de risco e compensação identificados ao longo do processo, ainda que não sejam clarificados elementos de referência para tal tarefa.

Em 2005, Jorge Barudy e Maryorie Dantagnan propõem o *Guia de avaliação das competências parentais através da observação participante*, elaborado a partir do guia de Paul Steinhauer e colaboradores. A avaliação centra-se nos mesmos aspetos, ainda que a recolha de informação seja efetuada de forma diferente. Barudy e Dantagnan (2005) assumem que o técnico é parte da avaliação e integram as suas vivências emocionais durante o processo avaliativo como elemento de análise para a elaboração das conclusões finais. No sentido de diminuir a subjetividade do avaliador, são sugeridas orientações metodológicas muito precisas para a avaliação de cada tipo de conteúdos e no final de cada área avaliada é discutida a forma como as respostas às questões deverão ser interpretadas. Outra diferença situa-se ao nível dos conteúdos: Barudy e Dantagnan reorganizaram as áreas de avaliação e integraram novas referências, propondo, por exemplo, que a avaliação da capacidade de controle dos impulsos dos pais esteja intimamente ligada à avaliação da sua capacidade empática, variável que não aparecia destacada no guia de Steinhauer e que é consonante com a importância atribuída por Donald e Jureidini à variável “empatia”. No final do guia, os autores sugerem que as competências dos pais sejam classificadas num *continuum* (situação muito preocupante, preocupante, parcialmente preocupante ou não preocupante para a criança, informações contraditórias e pouco conclusivas) e efetuam sugestões acerca de quando e como

desenvolver a intervenção, de acordo com tal classificação. Consideramos que este é um ponto extremamente importante, ao qual só encontramos correspondente nas escalas de Steinhauer e colaboradores, sendo que os outros modelos de avaliação deixam ao critério dos técnicos a escolha do vocabulário mais apropriado para classificar/categorizar o comportamento parental. Em Maio de 2010, os autores apresentaram uma validação desta metodologia sob a forma de *Manual de Avaliação das Competências e da Resiliência Parental* (Barudy & Dantagnan, 2010).

Em 2008, o Canton de Vaud (Service de Protection de la Jeunesse, 2008) propôs que os técnicos ligados ao sistema de proteção à infância utilizassem um guia de avaliação que aborda quer as capacidades parentais, quer a perigosidade que a situação pode eventualmente apresentar para a criança. Os conteúdos abordam as características dos pais, da criança e do contexto e, à semelhança da proposta de Barudy e Dantagnan, os autores propõem que seja tida em conta a avaliação da implicação do técnico (Anexo 1). Isto remete para a exigência de que o técnico classifique a natureza do seu próprio envolvimento emocional na avaliação/intervenção em termos de “intervenção empática e distanciada”, “problemas de envolvimento” ou “perturbações de envolvimento”. No documento que sintetiza a proposta de avaliação, tais categorias são explicitadas, estando-lhes subjacentes os critérios propostos por Francis Alföldi (2005).

2.2.2. Síntese crítica

Da análise dos modelos de avaliação revistos, sobressai o fato de os mesmos não se constituírem, geralmente, como metodologias empiricamente validadas, mas antes como guiões de avaliação para apoiar a realização de juízos clínicos. Dois aspetos surgem como tendencialmente consensuais: estas avaliações (1) devem articular três aspetos essenciais, as características dos pais, da criança e do contexto em que se inserem e (2)

devem conter não apenas a caracterização do comportamento parental no momento atual, mas também considerar fatores referentes ao seu funcionamento passado e futuro (ou seja, devem referir-se a competências e capacidades⁶, incluindo a capacidade de mudança de comportamento por parte dos pais).

Segundo Azar et al. (1998), uma abordagem funcional e contextual à avaliação do comportamento parental implica a especificação de três aspetos:

1. principais domínios de competência da parentalidade e principais contextos onde as mesmas são necessárias;
2. métodos válidos para avaliar tais comportamentos junto de diferentes grupos de pais;
3. nível de competência parental necessário para que uma determinada criança se desenvolva dentro de limites minimamente adequados.

Relativamente ao primeiro ponto, todos os sistemas de avaliação referidos especificam domínios de competência parental mas nem todos clarificam a associação entre as necessidades da criança e tais competências, com exceção da alusão feita por Pezzot-Pearce e Pearce às especificidades do comportamento parental associadas a contextos como a adoção ou perturbações do desenvolvimento da criança; além disso, sendo comumente aceite que contextos diferentes implicarão competências diferentes não encontramos referências concretas sobre como fazer essa articulação.

Quanto ao segundo ponto referido, consideramos que nem todos os sistemas definem métodos claros de avaliação do comportamento parental, centrando-se muitos deles em entrevistas não estruturadas nas quais é deixada ao técnico a tarefa de conduzir a avaliação de forma a abordar todos os elementos especificados, não sendo definidos critérios de análise da informação recolhida que fundamentem os respetivos juízos

⁶ Ou, como refere Barudy (s.n.), uma referência à “plasticidade estrutural” que permite aos pais adaptarem-se às necessidades dos filhos nas diferentes fases do seu desenvolvimento.

clínicos. Excetuando o modelo de Pezzot-Pearce e Pearce (2004), os sistemas de avaliação tendem a ser generalistas e a não definir (ou a fazê-lo de forma muito limitada) métodos (de avaliação) específicos para grupos específicos de pais. Como afirmam Azar et al. (1998), “sem modelos e dados sobre diversos grupos de pais, tais desvios fundamentais podem influenciar negativamente o processamento de informação dos profissionais” (p. 79) durante a avaliação.

No respeitante ao terceiro ponto, não encontramos nenhum sistema que definisse claramente parâmetros de Parentalidade minimamente adequada, pelo que não poderemos pronunciar-nos sobre eventuais aspetos comuns e diferenciadores.

Steinhauer et al. (1993), com a evolução proposta por De Rancourt et al. (2006), e Barudy e Dantagan (2005) apresentam abordagens focadas na capacidade parental. Ao longo dos respetivos guias articulam, através de questões-síntese, as informações recolhidas acerca das diferentes competências e características do comportamento dos pais com a construção do parecer relativo à qualidade da parentalidade, agora e no futuro. Em nosso entender, os outros modelos de avaliação apresentados propõem a recolha de informação que contribui para a caracterização e compreensão do funcionamento familiar atual, mas não esclarecem como a mesma deve ser ponderada em termos da avaliação da parentalidade. Por exemplo, ainda que compreendamos que a resiliência da criança/jovem possa ser um fator pertinente na decisão quanto à medida de proteção mais adequada, Reder et al. (2003a) não explicitam como esta variável deve ser entendida no contexto da parentalidade.

Da mesma forma, apenas Steinhauer et al. (1993) e Barudy e Dantagan (2005) propõem categorizações da qualidade da informação recolhida nas várias áreas avaliadas, explicitando as suas opções e facilitando a fundamentação subsequente das estratégias de intervenção que, na situação em análise, se afigurem mais apropriadas para proteger a

criança e promover o seu desenvolvimento saudável. Em alternativa, é proposto por alguns dos modelos que a análise da informação se efetue em termos da ponderação entre fatores de risco ou de proteção: contudo, consideramos que este tipo de síntese remete para objetivos de intervenção apenas centrados na proteção da criança, o que não será equivalente a outros centrados na redução de sequelas e aumento de competências (promoção do seu desenvolvimento saudável). Como referem Durocher e Paquette (1998), “a dimensão da proteção remete para a questão complexa da gestão do risco” (p. 7), enquanto que reduzir as sequelas implica restabelecer as condições físicas e psíquicas essenciais ao desenvolvimento das crianças e famílias e ao aumento das competências, “[exigindo] uma estratégia de intervenção que terá como resultado o desenvolvimento da pessoa..., dos seus pais ou do seu meio, pela redução dos deficits e pela redução dos excessos associados a um problema” (p. 18). No contexto de avaliação da parentalidade, consideramos que uma abordagem que apenas foque a dimensão protetora descure a dimensão clínica de alteração de comportamentos: ou seja, procura garantir que a criança/jovem não será novamente maltratado, mas não contribui para a definição de parâmetros de intervenção (com os pais, a criança/jovem ou a comunidade) que sustentem tal garantia.

2.3 Problemas observados nas avaliações

Ao longo da revisão destes 11 modelos, percebemos o esforço de objetivação da avaliação, sendo que os diferentes autores procuram fundamentar e clarificar as variáveis de análise que se lhes afiguram mais importantes à luz dos seus referenciais teóricos. Contudo, são igualmente unânimes em reconhecer que são diversas as dificuldades encontradas no decurso de tais avaliações.

Um primeiro nível de dificuldades situa-se, de imediato, no próprio técnico: Azar et al. (1998) referem que um dos principais fatores de que depende a avaliação da competência parental corresponde aos modelos de parentalidade do técnico com os quais inevitavelmente entra no julgamento que faz da (dis)funcionalidade dos pais. A subjetividade daí decorrente é alvo de atenção diferenciada por parte de autores como Woodcock (2003) e Barudy e Dantagnan (2005) e começa a constituir-se como uma variável a ser integrada e categorizada, nomeadamente no que toca às emoções dos técnicos.

Em segundo lugar, há que referir as limitações metodológicas: embora o uso de instrumentos estandardizados diminuísse fontes de subjetividade, o fato de não existirem tais instrumentos especificamente destinados à avaliação da parentalidade em situações de risco (Budd, 2005; Harnett, 2007; White, 2005), e de os mesmos poderem ser sensíveis à desejabilidade social (Schmidt et al. 2007), pode colocar em causa a validade das próprias avaliações. Para além disso, seria utópico pensar que um único instrumento poderia captar toda a diversidade e complexidade das situações das crianças e das famílias em avaliação, sobressaindo então as dificuldades decorrentes da integração da informação caso os instrumentos não tivessem uma mesma raiz conceitual. As entrevistas e as observações diretas da interação pais-filhos são os métodos mais utilizados, ainda que contenham grande variabilidade na sua condução e tratamento da informação recolhida. Tais limitações fazem com que o técnico seja novamente perspectivado como a principal fonte de variabilidade das avaliações, dificultando a neutralidade desejada. Contudo, consideramos que este ideal de neutralidade estará mais próximo do que seriam os objetivos de uma avaliação forense, e não tanto dos de uma avaliação clínica: se na primeira se procura que a informação recolhida seja o mais possível independente do técnico que a recolhe, na segunda a própria avaliação pode ter implicações terapêuticas.

Os sistemas de avaliação descritos constituem, fundamentalmente, guias para a realização de juízos clínicos relativamente à capacidade parental e não deverão ser usados como prova da adequação/inadequação dos pais (Budd, 2001).

Uma terceira limitação deste tipo de avaliações respeita às dificuldades de conciliação entre o tempo das decisões, o tempo da avaliação/intervenção e o tempo da criança (Choate, 2009). É fato que a vida da criança continua enquanto se avalia e decide; contudo, o tempo para que possa efetuar-se uma avaliação não pode ser demasiado curto nem demasiado longo. Por exemplo, Harnett (2007) considera que a avaliação da capacidade de mudança deverá decorrer durante um período de tempo entre 4 a 6 meses. Por outro lado, o tempo das decisões judiciais é por vezes tão longo que se corre o risco das decisões tomadas não se basearem em fatos atuais, o que limita decisivamente a adequação das medidas / intervenções sugeridas.

Conclusão

Através da revisão efetuada fica expressa a diversidade de modelos teóricos, bem como de conteúdos abordados e de métodos e parâmetros de avaliação propostos. Tais diferenças poderão espelhar diversos resultados da investigação, diferentes sistemas de proteção à infância, especificidades culturais, orientações de política para a infância e respetivos correlatos legislativos. Será então pouco verosímil que venha a definir-se consensualmente um modelo único de avaliação da capacidade parental. Não obstante, é clara a necessidade de definirmos, no contexto do sistema de promoção e proteção português, parâmetros de avaliação que correspondam às especificidades da nossa população.

Para lá das diferenças registadas, podemos concluir que os modelos de avaliação da parentalidade deverão ser suficientemente flexíveis para que possam ser aplicados em

diferentes configurações parentais, uma vez que aquela função pode ser desempenhada por diferentes prestadores de cuidados e não ser (apenas) a consequência natural da parentalidade biológica. É também clara a necessidade de avaliar o comportamento parental atual articulando-o não só com as características e necessidades da criança mas também com as especificidades do contexto sociofamiliar, no sentido de melhor poder analisar e compreender quais são as forças e as fragilidades que os pais evidenciam no e para o exercício do seu papel parental. Nesta avaliação, torna-se vital a consideração das capacidades parentais, isto é, dos aspetos da parentalidade que os pais, respeitando o tempo da criança, têm possibilidade de alterar se para tal tomarem consciência e aceitarem as insuficiências evidenciadas e forem ajudados a transformá-las.

A fundamentação dos pareceres decorrentes de tais avaliações deverá ter em conta não só a trajetória desenvolvimental das crianças e das famílias, o respetivo enquadramento sistêmico e ecológico, mas também referenciais claros do que constitui uma “parentalidade minimamente adequada”, particularmente se a mesma não é garantida. Salientem-se, no entanto, dois pontos: (1) estas avaliações ocorrem no contexto de uma intervenção destinada a proteger a criança de práticas parentais que comprometam definitivamente a boa qualidade do seu desenvolvimento e (2) o seu principal objetivo é a fundamentação do processo de intervenção psicossocial e não a constituição de prova da (dis)funcionalidade dos pais.

Por último, é importante não esquecer, neste quadro avaliativo, os atores do próprio processo de avaliação, técnicos, pais e crianças, nomeadamente no que diz respeito a aspetos habitualmente considerados (emoções, crenças, expectativas, competências e capacidades) mas, efetivamente, muito importantes na forma como é gerido todo o processo de avaliação. Em nosso entender, a garantia de respeito pelo superior interesse da criança exige que o processo de avaliação tenha em conta variáveis, como as referidas,

que poderão afetar a imparcialidade da própria avaliação. Isso requer, por parte do técnico, um distanciamento emocional suficiente para que possa identificar não só as suas ressonâncias, como a forma como elas podem afetar, positiva ou negativamente, o próprio processo avaliativo. O processo de avaliação da capacidade parental é, também, um processo comunicacional, pelo que é importante perceber como é que a relação estabelecida contribui para os resultados obtidos, quer a mesma se inscreva num contexto de natureza essencialmente clínica (em que a tônica é posta na ajuda que é dada à criança, aos pais e, no fundo ao sistema familiar) ou forense (em que, neste enquadramento da proteção e promoção da criança, a focalização é essencialmente feita a avaliação das competências e capacidades parentais).

A investigação futura poderá assim passar pela validação de um modelo de avaliação da parentalidade, no contexto português do sistema de proteção à infância, que integre eficazmente os vetores apontados.

Referências

- Adcock, M. (1985). Assessment: A summary. In M. Adcock & R. White (Eds.). *Goodenough parenting: A framework for assessment*. (7-12). London: British Agencies for Adoption & Fostering.
- Alföldi, F. (2005). *Evaluer en protection d'enfance*. Paris: Dunod.
- American Psychological Association Committee on Professional Practice and Standards (1998). *Guidelines for psychological evaluations in child protection matters*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Azar, S., Lauretti, A., & Loding, B. (1998). The evaluation of parental fitness in termination of parental rights cases: A functional contextual perspective. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(2), 77-100.
- Barudy, J. (s.n.). *Los buenos tratos y la resiliencia infantil en la prevención de los trastornos del comportamiento*. Recuperado em 21 de fevereiro, 2009, de <http://www.addima.org/Documentos>
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). Guía de valoración de las competencias parentales a través de la observación participante. Barcelona: Instituto de Formación, Investigación e Intervención sobre la violencia familiar y sus consecuencias.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J., & Vondra, J. (1989). Lessons from child abuse: The determinants of parenting. In D. Cicchetti, & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 153-202). New York: Cambridge University Press.
- Berard, K., & Smith, R. (2008). Evaluating a positive parenting curriculum package: An analysis of the acquisition of key skills. *Research on Social Work Practice*, 18, 5, 442-452.
- Budd, K. (2001). Assessing parenting competence in child protection cases: A clinical practice model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 1-18.

- Budd, K. (2005), Assessing parenting capacity in a child welfare context. *Children and Youth Services Review*, 27, 429-444.
- Budd, K. (2008, October). *Evaluating parenting competence: Child protection and cultural issues*. Paper presented at “The Kansas Conference in Clinical Child & Adolescent Psychology: Translating Research into Practice”, Lawrence, KS.
- Budd, K., Felix, E., Sweet, S., Saul, A., & Carleton, R. (2006), Evaluating parents in child protection decisions: An innovative court-based clinic model. *Professional Psychology: Research and Practice* 37(6), 666-675.
- Budd, K., Poindexter, L., Félix, E., & Naik-Polan, A. (2001). Clinical assessment of parents in child protection cases: An empirical analysis. *Law and Human Behavior*, 25(1), 93-107.
- Centre for Parenting and Research – NSW Department of Community Services (2006). Effective parenting capacity assessment: Key issues. *Research to Practice Notes*, Maio.
- Choate, P. (2009). Parenting capacity assessments in child protection cases. *Forensic Examiner*, 18(1), 52-59.
- Council of Europe (2006). *Recommendation Rec(2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting* (Adopted by the Committee of Ministers on 13 December 2006 at the 983rd meeting of the Ministers’ Deputies). Recuperado em 2 de novembro, 2009, de <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1073507&Site=CM>
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto editora.

De Rancourt, L., Paquette, F., Paquette, D., & Rainville, S. (2006). *Guide d'évaluation des capacités parentales: Adaptation du guide de Steinhauer: 0 à 5 ans (3^{éd.})*. Montréal: Centres Jeunesse de Montréal.

Decreto-Lei de 27 de maio de 1911 (1911, 27 de maio). Lei de Protecção à Infância. *Diário da República*, Lisboa.

Department of Health (2000). *The Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London: Her Majesty's Stationery Office.

Donald, T., & Jureidini, J. (2004). Parenting capacity. *Child Abuse Review*, 13(1), 5–17.

Durocher, N., & Paquette, F. (1998). *Guide d'appropriation de l'approche milieu adolescence – familles*. Montréal: Les Centres Jeunesse de Montréal.

Harnett, P. (2007). A procedure for assessing parents' capacity for change in child protection cases. *Children and Youth Services Review*, 29; 1179-1188

Horwath, J., & Morrison, T. (2000). Assessment of parental motivation to change. In J. Horwath, (Ed.), *The child's world: Assessing children in need*. London, NSPCC.

Hurley, D., Chiodo, D., Leschied, A., & Whitehead, P. (2003). *Correlates of a measure of parenting capacity with parent and child characteristics in a child welfare sample*. London, Ontário: The University of Western Ontario.

Lei n. ° 147/99 de 1 de Setembro de 1999. *Diário da República*, n° 204/99 - I Série-A. Lisboa.

O'Connor, T. (2002). Annotation: The 'effects' of parenting reconsidered: Findings, challenges, and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 555-572.

- Pezzot-Pearce, T., & Pearce, J. (2004). *Parenting assessments in child welfare cases: A practical guide*. Toronto: University of Toronto Press.
- Pregno, G. (2002). La présomption de compétence parentale: Un pari (ir)responsable ou Les familles à problèmes comme agents du changement des structures d'aide. In C. Seron (Ed.), *Miser sur la compétence parentale: Approche systémique dans le champ social et judiciaire*. Paris: Éditions Érès.
- Reder, P. & Lucey, C. (Eds.) (1995a). *Assessment of parenting: Psychiatric and psychological contributions*. New York: Routledge.
- Reder, P., Duncan, S., & Lucey, C. (1995b). Significant issues in the assessment of parenting. In P. Reder, S. Duncan, & C. Lucey (Eds.), *Assessment of parenting: Psychiatric and psychological contributions*. N. York: Routledge.
- Reder, P., Duncan, S., & Lucey, C. (2003a). What principles guide parenting assessments? In P. Reder, S. Duncan, & C. Lucey (Eds.), *Studies in the assessment of parenting* (pp. 3-27). New York: Routledge.
- Reder, P., Duncan, S., & Lucey, C. (Eds.) (2003b). *Studies in the assessment of parenting*. New York: Routledge.
- Schmidt, F., Cuttress, L., Lang, J., Lewandowski, M., & Rawana, J. (2007). Assessing the parent-child relationship in parenting capacity evaluations: Clinical applications of attachment research. *Family Court Review*, 45(2), 247-259.
- Service de Protection de la Jeunesse (2008). *Référentiel d'évaluation du danger encouru par l'enfant et des compétences parentales*. Canton de Vaud: Département de la formation, de la jeunesse et de la culture - Service de protection de la jeunesse.

Steinhauer, P. (1991). *The least detrimental alternative: A systematic guide to case planning and decision making for children in care*. Toronto: University of Toronto Press.

Steinhauer, P., Leitenberger, M., Manglicas, E., Pauker, J., Smith, R., & Gonçalves, L. (1993). *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Toronto: L'Institut pour la Prévention de l'enfance maltraitée.

White, A. (2005). *Assessment of parenting capacity: Literature review*. Ashfield: NSW Department of Community Services: Centre for Parenting & Research.

Woodcock, J. (2003). The social work assessment of parenting: An exploration. *British Journal of Social Work*, 33(1), 87- 106.

ANEXO 1: Modelos de Avaliação da Parentalidade

Autores dos modelos de avaliação	Conteúdos abordados			
	Pais	Criança	Contexto	Outros
Belsky / Vondra (1984; 1989) (Reino Unido)	Contributos dos pais * Personalidade * Perturbações psicológicas	Contributos da criança * Prematuridade * Temperamento * Necessidades especiais	Fontes contextuais de stress e apoio * Vizinhos * Relações próximas (ex.: amigos) * Relação conjugal * Rede social	
Adcock (1985) (Reino Unido)	Nível de funcionamento familiar e parental * atmosfera afetiva na família * comunicação * limites entre os membros da família * alianças * estabilidade e adaptabilidade * competência da família: resolução de conflitos, tomada de decisões, resolução de problemas e gestão do comportamento das crianças * relações com o ambiente * desempenho de tarefas de cuidado (ex: alimentação, higiene, etc.) e de controlo Aspetos da história da família que possam ser relevantes para a situação	Áreas problema/dificuldades desenvolvimentais da criança que são fonte de preocupação para os técnicos e a família Aspetos do funcionamento individual da criança (e/ou de outros membros da família) que contribuem para o problema: * desenvolvimento físico, * cognitivo, * vinculação às figuras de referência	Fatores ambientais que contribuem para o problema	Potencial de mudança * disposição dos pais para admitir que existe um problema * disposição dos pais para trabalhar com vista à mudança * capacidade de pedir ajuda e utilizar sistemas de apoio * disponibilidade e capacidade dos serviços para oferecer ajuda imediata aos pais e crianças As mudanças necessárias para resolver o problema
Steinhauer et al. (1993) Centres Jeunesse Montréal (2006) (Canadá)	Steinhauer et al. (1993)			
	Avaliação dos pais * Domínio dos impulsos * Aceitação da responsabilidade pelo prestador de cuidados * Comportamentos do adulto que afetam a competência parental * Relações do prestador de cuidados com a comunidade * Recurso a intervenções clínicas pelo prestador de cuidados	Avaliação da criança * Evolução do desenvolvimento da criança	Avaliação do contexto * (Aspetos específicos a) Imigrantes / Famílias deslocadas/ Situação étnica * Fatores de stress atuais	Avaliação das relações entre a criança e os pais * Características predominantes da relação entre o prestador de cuidados e a criança * Observação da aptidão parental atual Construção do Perfil da Competência parental
	Centres Jeunesse Montreal (2006)			
	Os pais * Controlo dos impulsos * Reconhecimento da responsabilidade * Fatores pessoais que afetam as competências parentais * Rede social * História dos serviços clínicos	A criança * Saúde e desenvolvimento da criança	O contexto * Contexto sociofamiliar	A relação pais – criança * Vinculação * Competências Parentais Previsão do potencial de mudança Perfil das capacidades parentais

Reder & Lucey (1995; 2003) (Reino Unido)	1995			
	Relação dos pais com o papel parental * Os pais asseguram os cuidados físicos básicos? * Os pais asseguram cuidado emocional adequado à idade? * Os pais encorajam o desenvolvimento da dinâmica da vinculação? * Que atitude têm os pais relativamente às tarefas da parentalidade? * Os pais aceitam a responsabilidade pelo seu comportamento parental? * Os pais têm a expectativa que a criança seja responsável pela sua própria proteção? * Se existem problemas, os pais reconhecem os mesmos? •	Relação dos pais com a criança * Que sentimentos têm os pais relativamente à criança? * Os pais empatizam com a criança? * A criança é vista como uma pessoa distinta? * É dada primazia às necessidades da criança relativamente aos desejos dos pais?	Interação dos pais com o mundo exterior * Que redes de apoio estão disponíveis? * Qual o padrão das relações dos pais com os técnicos?	Influências familiares * Que consciência e atitude têm os pais relativamente às suas próprias experiências enquanto filhos? * Os pais são capazes de manter uma relação de apoio com um companheiro? * A criança está demasiado envolvida nas relações conflituosas da família? * Quão sensível é a família aos stressores relacionais? * Qual o significado da criança para os pais? * Qual o contributo da criança para a relação parental? * Que atitude tem a criança relativamente aos seus prestadores de cuidados? Potencial de mudança * Qual o potencial para beneficiar de ajuda terapêutica? * Que respostas houve a tentativas prévias de ajuda?
	2003			
	Pais (e relação pais-criança) * Funcionamento pessoal * Relação com o papel parental * Relação com a criança	Criança (e relação criança-pais) * Evidências de dano significativo * Contributo para a relação pais-filhos * Atitude em relação às figuras parentais * Nível de compreensão	Contexto (e relação família-contexto) * Funcionamento familiar * Stressores sociais * Potencial de estabilidade * Relações com outros	
Azar, Lauretti & Loding (1998) (EUA)	Informação acerca dos pais * História da família * História da proteção à criança * Antecedentes pessoais * Funcionamento psicológico * Funcionamento parental * Funcionamento social	Informação acerca da criança * História de desenvolvimento * Necessidades atuais * Reação às visitas * Impacto do abuso/negligência		Pais – Criança * Vínculo pais-criança * Observação durante as visitas * Adequação * Previsão do risco Questões sistémicas * Evolução da colaboração * Consistência das visitas * Interações com profissionais

<p>Framework for Assessment of Children in Need and their families (2000) (Reino Unido)</p>	<p>Capacidade parental * Cuidados básicos * Garantir segurança * Calor emocional * Estimulação * Orientação e limites * Estabilidade</p>	<p>Necessidades desenvolvimentais da criança * Saúde e educação * Desenvolvimento emocional e comportamental * Identidade * Relações familiares e sociais * Apresentação social * Competências de autocuidado</p>	<p>Fatores familiares e ambientais * Recursos da comunidade * Integração social da família * Rendimento * Emprego * Habitação * Família alargada * História e funcionamento familiar</p>	
<p>Budd (2001) (EUA)</p>	<p>História das alegações de mau trato ou preocupações relativas aos prestadores de cuidados * Versão dos factos - versão dos factos apresentada pelos pais * Visão dos pais acerca da credibilidade das alegações e da responsabilidade pessoal pelos factos * Visão dos pais de como os factos afetaram a sua vida Serviços recebidos relacionados com as alegações * Serviços que ajudaram e porquê * Serviços que não ajudaram e porquê Antecedentes pessoais dos pais * Família nuclear – continuidade ou descontinuidade das relações e porquê * Saúde e desenvolvimento na infância * Experiências de disciplina e cuidado por parte dos próprios pais * História educativa * Acontecimentos de vida significativos (ex.: trauma, abuso ou negligência, mudanças, envolvimento criminal, abuso de substâncias) * Identidade cultural e religiosa * Relações íntimas e ruturas significativas</p>	<p>Criança e relação pais-criança * Primeiras experiências enquanto prestador de cuidados * História da criança pré e pós-natal * Desenvolvimento e saúde da criança * Tempo que os pais ocupam na prestação de cuidados * Forças e fraquezas enquanto prestador de cuidados * Relação atual com a criança * Necessidades especiais, receios, ou considerações acerca do bem-estar da criança * Periodicidade atual das visitas se a criança não está com os pais * Visão de como a criança está atualmente * O que o prestador de cuidados gostaria de fazer pela criança e capacidade para o fazer</p>	<p>Situação de vida atual dos pais * Natureza, estabilidade e contexto ambiental da residência * Pessoas no agregado e necessidades especiais atuais * Situação escolar ou profissional * Saúde física * Saúde mental * Situação relacional * Rede de apoio social</p>	<p>Expectativas dos prestadores de cuidados relativamente às alegações atuais * O que os pais gostariam que acontecesse? * O que seria melhor para a criança? * O que a criança gostaria que acontecesse? * Que serviços ou mudanças são necessários para ajudar o prestador de cuidados e atingir os resultados desejados? * Probabilidade de ser capaz de efetuar tais mudanças * Obstáculos ao alcance dos resultados * O que aconteceria se os resultados não fossem atingidos?</p>

<p>Donald & Jureidini (2004) (Austrália)</p>	<p>Capacidade Parental * Capacidade para estabelecer relações íntimas, saudáveis: Reconhecimento das necessidades da criança e capacidade para as colocar antes das suas; Consciência dos potenciais efeitos dos stressores da relação na criança; Capacidade para se responsabilizar pelo comportamento pessoal, incluindo o mau trato; Capacidade para evitar atos impulsivos, perigosos * Aceitação da responsabilidade em assegurar um ambiente seguro para a criança * Consciência dos possíveis efeitos da sua experiência de ter sido cuidado * Disponibilização de cuidado físico e emocional adequado ao estado desenvolvimental da criança</p>	<p>Efeitos Moduladores: parentabilidade da criança * Perturbação, doença ou distúrbio emocional quer anterior a, ou como resultado do mau trato * Grau em que o estado emocional da criança foi comprometido pelo mau trato. * Idade desenvolvimental da criança na altura do abuso * Qualquer significado idiossincrático que uma criança particular possa ter para um prestador de cuidados</p>	<p>Efeitos Moduladores: Apoios à parentalidade * Conhecimento de base e experiência parental * Apoio que os pais dão um ao outro na função parental * Apoio ou perturbação por parte da família alargada e outras fontes externas * Uso de álcool e outras drogas * Dificuldades financeiras * Efeitos positivos e negativos do envolvimento no sistema legal * Relações pais - profissionais (passado e presente), disponibilidade para aceitar ajuda profissional, e resposta a tentativas prévias de ajuda</p>	
<p>Pezzot-Pearce & Pearce (2004) (Canadá)</p>	<p>Fatores dos Pais * Características pessoais que aumentam o risco de parentalidade desadequada</p>	<p>Fatores da Criança * Desenvolvimento Típico * Desenvolvimento Atípico - temperamento difícil - perturbações desenvolvimentais - problemas médicos - problemas de aprendizagem * Acontecimentos de vida específicos e necessidades parentais - Abuso e negligência da criança - Crianças adotadas - Separação/divórcio - Risco e resiliência</p>	<p>Fontes contextuais de apoio ou stress * Rendimento e habitação * Apoios sociais</p>	
<p>Barudy & Dantagnan (2005) (Espanha)</p>	<p>Características individuais dos pais: * Acontecimentos das histórias familiares e infantis dos pais que influenciam as suas competências parentais * Capacidades empáticas e de controlo dos impulsos * Aceitação da responsabilidade pelo que acontece à criança * Características e problemas pessoais que podem afetar positiva ou negativamente as competências parentais. * Impacto das características pessoais problemáticas sobre as competências parentais.</p>	<p>Avaliação da qualidade das relações dos pais com os filhos (vinculação) * Com crianças dos 0 aos 12 meses. * Com crianças de 1 ano a 2 anos e meio. * Com crianças de 2 anos e meio a 5 anos. * Com crianças com mais de 5 anos</p>	<p>Avaliação das características das relações sociais dos pais com a sua comunidade * Avaliação da participação dos pais na sua rede natural, incluindo a sua família alargada. * Avaliação dos níveis de cooperação dos pais com a rede institucional. * Detecção de comportamentos antissociais dos pais.</p>	<p>Observação e avaliação das competências parentais atuais. Avaliação da capacidade dos pais de solicitar e beneficiar de organismos e profissionais. * Avaliação da capacidade dos pais de beneficiar de ajuda profissional. * Avaliação do impacto das intervenções sobre a parentalidade.</p>
<p>Référentiel d'évaluation du danger encouru par l'enfant et des compétences parentales (2008) (Suíça)</p>	<p>Pais * Vinculação * Disposições Parentais * Reconhecimento da responsabilidade</p>	<p>Criança * Desenvolvimento da criança * Comportamento da criança * Perigo físico * Perigo sexual * Perigo psicológico * Perigo de negligências</p>	<p>Contexto Familiar * Contexto social * Dinâmica transgeracional</p>	<p>Intervenção * Relação com os serviços de ajuda * Implicação do técnico</p>

Síntese

1. A dificuldade de operacionalização do conceito de parentalidade minimamente adequada decorre da existência de diferentes crenças, valores e normas legais e culturais relacionados com a parentalidade em diferentes contextos, da especificidade funcional de cada relação entre criança e prestador de cuidados e do facto da evolução desenvolvimental da criança ser influenciada por fatores específicos dos vários níveis ecológicos e não apenas pelo comportamento parental.
2. As discussões dos três *focus group* permitem concluir que os indicadores apontados para qualificar a parentalidade como minimamente adequada devem refletir: i) as especificidades culturais e o valor atribuído à infância ao longo da história, por uma determinada sociedade (macrossistema), ii) os referentes legais e sociais vigentes (exossistema), iii) as características específicas da relação criança-prestador de cuidados (microsistema) e iv) as necessidades da criança (ontossistema).
3. Como parte do mesossistema, os profissionais têm de gerir a tensão entre o risco e a norma, entre critérios individuais e coletivos, estabelecendo a ponte entre a criança, os pais e a sociedade em geral.
4. Propõe-se que a operacionalização do conceito de parentalidade minimamente adequada seja feita a partir de uma matriz tridimensional, com os seguintes eixos: (1) origem dos indicadores, que integra os diferentes níveis ecológicos, (2) forma que os indicadores poderão assumir (capacidades, competências, condições de exercício) e (3) diferentes marcadores temporais que os enquadram (história da parentalidade, diagnóstico, prognóstico). Seria, no entanto, benéfico que esta matriz fosse testada em estudos com amostras de maior dimensão, que contivessem *focus group* heterogéneos e que integrassem, também, pais/prestadores de cuidados.

5. Os modelos de avaliação da parentalidade revistos espelham diversos resultados da investigação, diferentes sistemas de proteção à infância, especificidades culturais, orientações de política para a infância e respetivos correlatos legislativos. Sendo em primeiro lugar um processo relacional, em que a qualidade da relação contribui para os resultados alcançados, estas avaliações ocorrem no contexto de uma intervenção destinada a proteger a criança de práticas parentais que comprometam definitivamente a boa qualidade do seu desenvolvimento e o seu principal objetivo é a fundamentação do processo de intervenção psicossocial e não a constituição de prova da (dis)funcionalidade dos pais.

6. A existência de um referencial comum de avaliação da capacidade parental obvia os erros comumente apontados às avaliações, facilita a comunicação entre os profissionais e a tomada de decisão, minimiza atrasos nos processos, promove a consistência das intervenções e clarifica o processo de avaliação e intervenção para as próprias famílias. Dada a ausência de tais referenciais e a existência de limitações nesse processo avaliativo, considera-se que a validação de um modelo de avaliação da parentalidade no contexto do sistema português de proteção à infância é um contributo relevante para a eficácia do seu funcionamento.

7. O modelo de avaliação deverá ser aplicável a diferentes configurações familiares, ter em conta a trajetória desenvolvimental das crianças e dos prestadores de cuidados avaliados, o respetivo enquadramento sistémico e ecológico, e utilizar referenciais claros do que constitui uma “parentalidade minimamente adequada”.

CAPÍTULO II

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais

Como decorre do capítulo anterior, a avaliação das capacidades parentais deve espelhar uma complexidade ecológica que, em nosso entender, não é redutível a um instrumento tipo *check list*, ou de natureza quantitativa. Como Love (2013) afirmava recentemente no blog “Child maltreatment researchers”, o melhor instrumento para este tipo de avaliação é o juízo clínico dos profissionais, o que coloca em foco as suas capacidades e não permite que a tarefa de decisão se limite a uma análise meramente quantitativa e decorra de um ponto de corte pré-estabelecido. Exige-se um envolvimento com a lógica e as narrativas da vida familiar, conhecidas através de conversas com os seus membros, do conhecimento das visões preferidas de vida da família e dos parâmetros de funcionamento familiar (Connoly & Doolan, 2007, cit. por Wellbourne, 2012).

O juízo clínico é um dos principais “instrumentos de trabalho” do psicólogo, nomeadamente na área da proteção à infância e da intervenção familiar em sentido lato. Ainda que os instrumentos de avaliação assentes no juízo clínico sejam objeto de críticas relacionadas com a sua subjetividade, e seja questionada a sua fiabilidade, considera-se que ao invés de procurar objetivar quantitativamente tal juízo, se deverá aprofundar o conhecimento relativo à forma como o mesmo se desenvolve, que fatores o influenciam e como podem ser geridos na área específica em causa. Ou seja, ao invés de “afastar o juízo clínico”, considera-se que se devem envidar esforços para que o mesmo seja reconhecido como uma competência profissional, que distingue positivamente os profissionais e não que questione a sua credibilidade.

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais é efetivamente um instrumento assente no juízo clínico, que integra a ponderação de dimensões de avaliação suficientes para caracterizar a complexidade ecológica de cada caso. Poder-se-ia considerar, como alternativa, a adoção de instrumentos que foquem cada uma dessas dimensões. Contudo, a tais instrumentos, focados por exemplo na rede social dos pais, na caracterização do seu contexto de vida, dos seus estilos parentais ou das suas características pessoais, está subjacente uma grande diversidade de perspetivas teóricas e de contextos de aplicação, nem sempre, ou mesmo raramente, relacionados com as necessidades dos profissionais que trabalham na área da proteção à infância. A vantagem de um instrumento integrado, e integrador, é precisamente realizar, sob um referencial comum de análise, a avaliação da capacidade parental e a ponderação das suas implicações para o exercício da parentalidade relativamente a uma criança específica. Os itens do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais pretendem orientar o processo de juízo clínico, mais do que constituir um registo exaustivo de caracterização da situação (que poderá constar no processo sob outras formas). No anexo B apresenta-se um quadro síntese do instrumento, no qual se discriminam as áreas avaliadas, os pontos específicos abordados, as modalidades de resposta que lhe correspondem e alguns exemplos de questões.

Para que as conclusões retiradas a partir da utilização de um instrumento sejam consideradas válidas é essencial avaliar a sua validade. Nesta investigação foram efetuados estudos exploratórios da validade ecológica (ponto 1) e preditiva (ponto 5) bem como da fiabilidade (ponto 2) do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais.

A validade ecológica assume aqui especial importância: dado o instrumento ser de origem canadiana, é importante compreender como é que a sua adequação ao contexto português pode ser maximizada, nomeadamente em relação a aspetos culturalmente sensíveis como a linguagem, conceitos utilizados e contextos de referência. Saliente-se

que este instrumento é utilizado pelos *Centres Jeunesse de Montréal*, com objetivos semelhantes aos preconizados no sistema de promoção e proteção português, ou seja, fundamentar intervenções subsequentes com a criança e os prestadores de cuidados. Os métodos de recolha de informação que preconiza são igualmente semelhantes aos utilizados no nosso contexto. Contudo, não obstante partilharem-se referenciais comuns, existem diferenças culturais, de organização social e jurídica, que importava perceber como se espelhavam no instrumento de forma a proceder a eventuais alterações que viabilizassem a sua adequação ao contexto português. Optou-se por desenvolver este estudo recorrendo à utilização de *focus groups* de profissionais relacionados com a avaliação e intervenção em matéria de proteção à infância. Foram realizados 3 *focus groups*, um com profissionais da área psicossocial, outro com magistrados e outro com académicos com trabalho reconhecido nestas áreas. Sendo certo que estes diferentes profissionais têm competências específicas nesta matéria, a avaliação das capacidades parentais e a tomada de decisão que dela decorre implica a interação das suas diferentes “linguagens” (a teórica, a jurídica e a da prática).

Por esta razão, foi elaborado e remetido previamente a cada participante, um guião de discussão que incluía questões comuns aos três *focus group* e específicas a cada um deles, de acordo com a sua área de trabalho. Além do guião de discussão, foi igualmente enviado aos participantes uma breve apresentação enquadradora do instrumento, um Guia de Avaliação das Capacidades Parentais preenchido e um relatório elaborado de acordo com os resultados obtidos. Este *design* pretende espelhar a dinâmica inter-profissionais e usufruir do aprofundamento da discussão que a metodologia de *focus group* permite. Foram utilizados os mesmos *focus groups* referidos no capítulo anterior e, tal como referido a propósito do estudo dos indicadores da parentalidade minimamente adequada, também neste estudo teria sido pertinente o desenvolvimento de *focus groups*

heterogéneos, o que replicaria, em contexto de investigação, a interação entre profissionais que ocorre em contexto naturalista. Tal não ocorreu por limitações de tempo e de agenda dos participantes. O facto dos grupos serem constituídos por um reduzido número de elementos, pode igualmente ser apontado como uma limitação; não obstante procurou obviar-se à mesma recorrendo a profissionais reconhecidos pelas suas práticas como referências a nível nacional. Considera-se ainda que as discussões permitiram aprofundar suficientemente os assuntos em discussão, num ambiente distendido de reflexão, para o qual terá contribuído o facto dos participantes dos vários grupos se conhecerem previamente.

Os resultados deste estudo de validade ecológica refletiram-se num conjunto de alterações ao Guia de Avaliação das Capacidades Parentais, nomeadamente no que diz respeito à recolha de informação sobre aspetos positivos do comportamento parental, à definição de critérios para classificação de cada dimensão, à substituição de alguma terminologia (p.e., guarda por responsabilidades parentais) ou às condições de utilização do mesmo.

Foi este “novo” documento que serviu de suporte à formação de 7 horas desenvolvida junto dos profissionais que se previa poderem vir a participar nos estudos de fiabilidade e de validade preditiva. No total ocorreram 5 momentos de formação (2 em Évora, 2 em Portalegre, e 1 em Beja), em que participaram profissionais de serviços de 1ª linha, de Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e dos Centros Distritais de Segurança Social, mais especificamente das Equipas Multidisciplinares de Apoio aos Tribunais, perfazendo um total de 42 profissionais. Esta formação incluiu a apresentação do instrumento, o seu enquadramento na investigação em curso, e o seu treino a partir de casos da prática dos profissionais. Usufruiu-se do facto de estarem presentes profissionais que habitualmente trabalham em conjunto para que, em subgrupos e a partir

de situações que todos os elementos conhecessem, pudesse ensaiar-se a aplicação do instrumento, tendo sido esclarecidas as dúvidas suscitadas.

Posteriormente a estes momentos de formação deu-se início ao estudo de fiabilidade, de forma a conhecer a estabilidade do instrumento, mais especificamente no sentido de perceber se, ao ser aplicado por vários avaliadores que dispusessem de informação semelhante, ele geraria resultados consistentes. Optou-se pela inclusão de casos de crianças acolhidas para que pudesse ser semelhante a medida de promoção e proteção que enquadra a intervenção dos profissionais, as condições da mesma, e as suas implicações para o futuro da criança; assim evitaram-se enviesamentos decorrentes de condições de avaliação e de tomada de decisão muito diferentes.

Em cada caso incluído no estudo participaram os profissionais da equipa que gere a aplicação da medida de acolhimento (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou Equipa Multidisciplinar de Apoio ao Tribunal) e da instituição na qual a criança estava acolhida. Os casos foram seleccionados de acordo com a casuística das equipas durante o tempo da investigação, devendo corresponder a prestadores de cuidados de crianças com menos de 6 anos, acolhidas em centro de acolhimento, que tivessem possibilidade de contactar com os mesmos durante o período de acolhimento e cuja avaliação das capacidades parentais fosse considerada pertinente pelos vários profissionais.

Para compreender se o instrumento permitia conclusões semelhantes a partir de informação semelhante, havia que aferir a informação disponível e perceber se o possível desacordo se devia à avaliação possibilitada pelo instrumento ou ao processo de partilha e análise da informação. Assim, após referenciação tiveram lugar, para cada caso, duas reuniões com todos os profissionais envolvidos: uma primeira, na qual foi partilhada a informação disponível acerca da situação, de acordo com as dimensões avaliadas pelo Guia, e uma segunda - após o preenchimento independente dos Guias por parte de cada

equipa e da investigadora e da análise do acordo alcançado -, na qual foram debatidos os aspetos nos quais não se alcançara acordo entre os diferentes avaliadores, com especial incidência nas razões da divergência e, em caso da mesma ser ultrapassada, na identificação da posição comum (anexo C). Tratando-se de um instrumento de juízo clínico, este *design* permitiu que ocorressem espaços de interação entre os profissionais, nos quais tal juízo pôde ser (re)construído e debatido, sendo inclusive apontado pelos participantes que tinham sido gerados momentos privilegiados de reflexão acerca dos casos.

A validade preditiva foi estudada tendo por referência a hipótese prognóstica apontada durante o preenchimento independente dos Guias, questionando-se os profissionais acerca da sua confirmação ou infirmação após 6 meses e um ano. É de salientar que os profissionais agiram de acordo com a hipótese, desde que tal atuação fosse legitimada pela entidade que aplicava a medida de promoção e proteção; neste contexto não seria ético não promover nenhuma intervenção de forma a comparar a evolução da hipótese prognóstica em situações em que tivesse ou não ocorrido intervenção.

Ou seja, o *design* desta investigação esteve fortemente correlacionado com as condições do exercício profissional em que o instrumento em causa foi (e será) aplicado, o que é uma mais valia para o alcance da leitura dos seus resultados.

Não foram efetuados estudos relacionados com a validade concorrente porque os outros possíveis instrumentos incidem sobre aspetos específicos do funcionamento parental, destinando-se sobretudo a caracterizar o mesmo, sem que prevejam implicações sobre a capacidade parental. O carácter muito distinto das medidas identificadas levou a concluir que a comparação destes dois tipos de instrumentos não seria útil e poderia, até, ficar bastante enviesada .

Incluem-se ainda neste capítulo, um ponto relacionado com o conteúdo das avaliações, mais especificamente da vinculação (ponto 3), e um outro relacionado com um aspeto processual, concretamente a tomada de decisão tendo em conta os resultados das avaliações (ponto 4). A escolha da vinculação como tema a aprofundar justifica-se por, sendo um dos principais aspetos que fundamentam as intervenções subsequentes e as decisões relativas ao projeto de vida das crianças, ter sido a dimensão na qual se verificou mais desacordo entre os profissionais aquando do preenchimento independente do Guia. Como tal, considerou-se pertinente aprofundar a forma como é ponderada a vinculação no contexto da avaliação das capacidades parentais, e o que os resultados do estudo de fiabilidade nos poderiam apontar como implicações práticas a este nível. Por seu lado, a tomada de decisão é um momento crucial do processo de avaliação, porventura aquele pelo qual o mesmo se justifica, tendo claras implicações no futuro das crianças e das suas famílias. Assim, afigurou-se muito relevante compreender se os critérios de classificação que, em cada dimensão, permitem concluir pela existência de recursos (principal/secundário) ou dificuldades (principal/secundária) (anexo D) seriam suficientemente fiáveis para fundamentar decisões relacionadas com as implicações da capacidade parental para o futuro da criança, se surgiriam diferenças acentuadas entre as várias dimensões, e a que fatores poderiam dever-se, enfatizando-se os relacionados com os próprios profissionais e as condições de exercício da sua atividade. A abordagem destes dois aspetos pretendeu ainda ilustrar a dialética entre conteúdo e processo constantemente presente nestas avaliações.

Referências bibliográficas

Love, L. (2013, April 29). Re: parenting measures [Electronic mailing list message].

Retrieved from <http://www.ndacan.cornell.edu/cmrl/cmrlDetails.cfm?ID=9447>

Welbourne, P. (2012). *Social work with children and families: Developing advanced practice*. Oxon: Routledge.

2.1 Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo de validade ecológica*

Dora Pereira & Madalena Alarcão

Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar e maximizar a adequação do *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais* (De Rancourt, Paquette, Paquette, & Rainville, 2006) ao sistema português de proteção à infância. Utilizou-se uma metodologia de *focus group* com técnicos psicossociais, magistrados e académicos que trabalham diretamente com a avaliação da parentalidade. As discussões focaram a exequibilidade da sua aplicação, a utilidade da informação recolhida e dos juízos clínicos efetuados para a elaboração de pareceres técnicos, e as alterações consideradas necessárias. Da análise efetuada com o *software QSRNVivo8*, concluiu-se que o Guia assenta em conhecimento científico atualizado e possibilita a obtenção de informação suficiente. Foram identificadas e detalhadas alterações metodológicas, estruturais e de conteúdo a introduzir no instrumento.

Palavras-chave: capacidades parentais, grupos focais, análise de conteúdo, validade ecológica

Abstract

This study 'aim was to promote and maximize the *Parental Capacities Evaluation Guide* 'fitness (De Rancourt, Paquette, Paquette, & Rainville, 2006) to the portuguese child protection system. A *focus group* methodology was used with professionals that work directly on parenting assessment: social workers, judges and researchers. Their discussions focused the Guide 'feasibility, the usefulness of the information obtained and of the clinical judgements made and the major changes needed. From content analysis with *QSRNVivo8 software*, was concluded that the Guide is based on updated scientific knowledge and that it's possible to obtain enough information through it to develop parenting capacities' assessment. Three major kinds of changes to be made were identified: methodological, structural and on content.

Keywords: parenting capacities, focus groups, content analysis, ecological validity

* Artigo submetido à revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. O artigo está organizado de acordo com as normas da revista.

A avaliação da capacidade parental no quadro da proteção à infância implica tarefas complexas como sejam a condução da avaliação, a análise e transmissão da informação obtida e a clarificação das suas implicações para o processo de tomada de decisão sobre o futuro das relações entre crianças e prestadores de cuidados. Contudo, a falta de instrumentos validados para o contexto português prejudica a qualidade destas avaliações, na medida em que potencia a continuidade de práticas de avaliação muito heterogéneas, sem que se diferencie claramente este de outros tipos de avaliações no que aos seus objetivos, metodologias, potencialidades e limitações diz respeito. Num contexto em que as decisões que venham a ser tomadas têm implicações a longo prazo, nomeadamente ao nível da qualidade do desenvolvimento da criança, e mesmo no que toca às gerações futuras, importa que a sua fundamentação assente em critérios validados cientificamente.

A validação ecológica do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais constitui um primeiro passo no processo de validação deste instrumento para o contexto português. Neste artigo apresenta-se um estudo qualitativo desenvolvido com profissionais portugueses de referência, de três grupos de profissionais distintos e com experiência na área da proteção à infância: técnicos psicossociais, magistrados e académicos. São apresentados e discutidos os resultados obtidos, nomeadamente ao nível das principais alterações sugeridas.

A Avaliação da Capacidade Parental

Segundo Paquette (2004), a capacidade parental comporta uma dimensão de permanência e de limite, remetendo para o potencial do prestador de cuidados, atualizado ou latente, que lhe permite exercer o seu papel. Por outras palavras, diz respeito *ao que lhe é possível fazer* e refere-se à estrutura que permitirá (ou dificultará) a atualização e

desenvolvimento das competências parentais, o que remete para uma dimensão diacrónica. Para Barudy e Dantagnan (2010), existem quatro capacidades parentais fundamentais: a) Vinculação, i.é, capacidade de se vincular aos filhos e responder às suas necessidades; b) Empatia, ou seja, a capacidade de perceber as necessidades do outro e de se sintonizar com elas; c) Modelos de Cuidado, que incluem “as formas de perceber e compreender as necessidades das crianças e [de saber] como responder para as satisfazer, protegendo, educando e assegurando a [sua] socialização” (Barudy & Dantagnan, 2010, p.224); d) Capacidade de Participar na Vida Comunitária, proporcionando e recebendo apoio social.

A competência parental, pelo contrário, tem um carácter circunstancial e evolutivo e corresponde à soma das atitudes e das condutas favoráveis ao desenvolvimento normal da criança (Paquete, 2004). Dado que os fatores contextuais podem afetar de forma favorável ou desfavorável o exercício do papel parental, as competências podem melhorar ou deteriorar-se com o tempo. Assim, as competências parentais remetem para uma dimensão sincrónica, correspondendo aos recursos comportamentais, cognitivos e emocionais que um prestador de cuidados utiliza num determinado momento para responder às necessidades da criança (p.e., prestação de cuidados básicos, estabelecimento de regras e limites, estimulação adequada da criança, gestão do seu comportamento, promoção da sua socialização).

No entanto, os dois termos são muitas vezes usados como sinónimos, o que constitui um erro conceptual que pode inviabilizar uma correta fundamentação para a intervenção futura, como acontece no *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (Department of Health, Department for Education and Employment & Home Office, 2000) ou no *Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo* (Comissão

Nacional de Proteção de Crianças e Jovens, 2011). No entanto, para fundamentar medidas a longo prazo a avaliação não pode centrar-se no exame das competências parentais atuais; é necessário conhecer as capacidades parentais para que possa perspetivar-se que mudanças podem ocorrer e o que é necessário para que tal aconteça. A avaliação da capacidade parental implica a consideração da complexidade ecológica da parentalidade e não deve ser encarada como a avaliação de um traço individual (Family Disability Studies Initiative, 2012).

Objetivos da Avaliação e Potencialidades para a Intervenção

Entre a avaliação forense e a avaliação clínica

White (2005) aponta três objetivos específicos para as avaliações da capacidade parental: (a) proteger as crianças dos riscos que podem sofrer no seu meio; (b) decidir se estas devem ser ou não separadas dos pais; (c) decidir se podem regressar ao cuidado dos pais uma vez tendo sido retiradas. Tais objetivos espelham que a avaliação se situa no cruzamento do conhecimento, do julgamento e da decisão (Bernoux, 2004, cit. por Robin, 2011), implicando sempre um ato relacional.

No contexto da proteção à infância, as avaliações da capacidade e competências parentais situam-se numa zona de interseção entre a área forense e a área clínica, exigindo uma cuidada gestão da relação entre o/s avaliador/es e o/s prestador/es de cuidados, que assegure a compreensão, por parte deste/s último/s, do processo de avaliação e das suas implicações. Steinhauer (1993) considera que as avaliações devem responder a duas questões essenciais: i) saber se a forma como é exercida a parentalidade cumpre os padrões mínimos compatíveis com um desenvolvimento normal, e ii) saber qual é a probabilidade de a parentalidade melhorar em função da intervenção. Centrando-se na questão da relação entre as necessidades específicas da criança e as competências

do prestador de cuidados (*goodness of fit*), Bowden (2009) refere que o objetivo central da avaliação é a identificação das forças e fraquezas de um determinado prestador de cuidados relativamente a uma determinada criança. Barudy e Dantagnan (2010, pp. 276-277) consideram que tais avaliações devem responder às seguintes questões: (a) quais são as competências parentais atuais; (b) quais são as possibilidades de modificar essas competências; (c) o que fazer quando essas competências parecem irrecuperáveis; (d) qual é o dano atual visível da criança; (e) qual é o nível de dano em termos de possíveis transtornos de desenvolvimento (dano invisível); (f) qual é a patologia social da família, como se integra nas redes sociais.

Resumindo, e partindo da tipologia de Tippins e Wittmann (2005) relativa aos níveis de inferência clínica, há quatro níveis de questões às quais é importante dar resposta: (a) O que é que o avaliador observou durante os momentos de avaliação? (b) O que é que o avaliador conclui acerca do funcionamento dos pais e da criança? (c) O que é que o avaliador conclui acerca das implicações da permanência da criança junto dos pais e quais as possibilidades de mudança? (d) Que conclusões prescritivas o avaliador deve elaborar acerca dos contactos entre os pais e a criança?

Aquém e além do risco

A avaliação do risco e a avaliação da capacidade parental surgem referenciados na literatura como estando intrinsecamente ligadas. A avaliação do risco analisa a probabilidade do desenvolvimento da criança vir a ser prejudicado e a probabilidade de ocorrência futura de alguma forma de mau trato (Munro, 2008). A avaliação da capacidade parental pretende conhecer a forma como o papel parental é exercido agora e como poderá ser no futuro, através da caracterização das capacidades parentais, das competências parentais atuais e da possibilidade de evolução das mesmas. A avaliação

do risco tende a ser utilizada na altura da sinalização, e como suporte a decisões relacionadas com a priorização do caso, o nível de gravidade do mesmo e as medidas de proteção imediata; a avaliação da capacidade parental tende a ser usada nos momentos de ponderação das estratégias de intervenção com a família e de definição do projeto de vida da criança.

Acresce ainda que tais avaliações utilizam instrumentos diferentes: na avaliação do risco muito se tem debatido sobre o uso de métodos atuariais, nos quais se identifica a presença de fatores de risco significativamente relacionados com a ocorrência de mau trato e se definem pontos de corte quantitativos, e a utilização dos métodos clínicos, que implicam uma leitura da dinâmica dos fatores de risco identificados, sem depender de uma interpretação linear da pontuação obtida (Munro, 2008). Na avaliação da capacidade parental são utilizados sobretudo instrumentos de juízo clínico, na sua maioria sob a forma de guias de avaliação (como o que nos propomos validar), que implicarão uma leitura compreensiva da informação obtida. Contudo, ainda que o risco e a capacidade parental apareçam como fatores integrados em cada um dos tipos de avaliação, é importante perceber que uma não equivale à outra e que ambas são necessárias em pontos diferentes dos processos de intervenção.

Limites atuais das avaliações

Da literatura consultada e da nossa experiência no contexto português de proteção à infância, constata-se, com regularidade, a presença das seguintes limitações nas avaliações da capacidade parental:

- a) O objetivo das avaliações da capacidade parental não está claramente delimitado e diferenciado de outro tipo de avaliações: é frequente que as mesmas sejam equiparadas a avaliações da situação social dos prestadores de cuidados, ou da

personalidade. Embora os dois aspetos devam integrar a avaliação da capacidade parental, não é científica e eticamente correto inferir dos seus resultados conclusões acerca da forma como é ou pode ser exercida a parentalidade.

b) Indefinição do que constitui capacidade parental: por se entender a capacidade parental como um traço do funcionamento psicológico do prestador de cuidados, e não como uma estrutura ecologicamente complexa, é frequente encontrar processos de avaliação nos quais não houve observação de interações, ou do contexto, contactos com os membros da família, ou dados relativos à criança.

c) Utilização de medidas indiretas, de avaliação cognitiva ou da personalidade, para avaliar a capacidade parental, apesar de tais instrumentos não terem sido concebidos nem testados para avaliar a adequação da parentalidade.

d) Inexistência de critérios de decisão claros acerca do que poderão ser indicadores de parentalidade minimamente adequada, ficando este juízo na dependência direta dos valores e percursos pessoais e profissionais dos avaliadores.

e) Relato descritivo da informação obtida: as conclusões das avaliações reportam as informações recolhidas (1º nível de inferência de Tippins e Wittmann), mas não as conceptualizam clinicamente, deixando que esta tarefa seja muitas vezes desenvolvida à luz do senso comum, por agentes do sistema de proteção sem formação adequada.

f) Inexistência de prognóstico de mudança fundamentado: é frequente não surgir qualquer prognóstico sobre a evolução dos prestadores de cuidados, sendo o futuro da criança equacionado apenas em função do risco atual, levando, por vezes, a ruturas familiares desnecessárias e prejudiciais à criança, ou, pelo contrário, ao adiamento de tais decisões em função de uma possível evolução positiva que não é validamente avaliada.

O Guia que se apresenta no ponto seguinte pretende ser um instrumento que sirva para ultrapassar estas limitações, integrando metodologias multi-sujeito e multi-método e promovendo a recolha de informação num conjunto de dimensões que, ao ser lida à luz dos pressupostos do modelo de avaliação escolhido, reflita uma formulação clinicamente compreensiva; tal deve traduzir-se nos três níveis mais elevados de inferência clínica propostos por Tippins e Wittmann (2005), construindo-se juízos clínicos cientificamente fundamentados acerca da capacidade parental, capazes de sustentar os processos de tomada de decisão em matéria de promoção e proteção à infância.

O Guia

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais é um instrumento de juízo clínico para auxiliar o processo de tomada de decisão. A sua utilização implica o trabalho prévio de recolha de informação através de diversos momentos, sujeitos e métodos. Ou seja, requer-se que sejam desenvolvidos, em diferentes ocasiões: a) entrevistas com os prestadores de cuidados e outros membros da família, b) observação de interações entre os mesmos e a criança, c) contactos com outros serviços envolvidos e d) visitas domiciliárias. A informação recolhida é registada sob a forma de resposta às questões colocadas pelo Guia, de forma a constituir um todo consistente, passível de leitura e análise subsequente. Tem, por isso, em conta a posição reflexiva do avaliador (Robin, 2011). Como diz Rorty (1980, cit. por Çakir, 2012), as observações dependem de vários esquemas teóricos e culturais que o observador traz para a situação. Ou seja, tratando-se de um instrumento que depende da capacidade e competências de avaliação e análise do técnico, não se enquadra na atual ideologia tecnocrática referida por Spratt e Houston (1999 cit. por Gillingham & Humphreys, 2010) em que os instrumentos substituem o principal instrumento de trabalho dos profissionais das ciências humanas, ou seja, a

relação interpessoal. A avaliação não é concebida como unilateral, apenas assente na análise da evolução das atitudes parentais e do desenvolvimento da criança, mas bilateral (Robin, 2011), dado que o Guia inclui também questões que avaliam a perceção dos pais sobre a qualidade das ajudas anteriormente recebidas.

Porquê este Instrumento?

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais decorre das adaptações efetuadas pelos técnicos dos *Centres Jeunesse de Montréal* (De Rancourt, Paquette, Paquette, & Rainville, 2006) ao instrumento proposto em 1993 pela equipa de Paul Steinhauer, o *Toronto Parenting Assessment Project*. Para além do Canadá, também noutros países o instrumento de Steinhauer tem servido de base a processos semelhantes ao que ora se descreve, como é o caso de Espanha (Barudy & Dantagnan, 2010), Suíça (Service de Protection de la Jeunesse, 2008) e França (Robin, 2011). Desde 2001 que a primeira autora e a equipa da Associação “Chão dos Meninos” vem ensaiando a sua utilização no contexto português, tendo sido identificadas diversas vantagens, nomeadamente a uniformização dos padrões de análise e a maior objetividade e fundamentação das diferentes medidas de promoção e proteção propostas. Além disso, tem permitido a diferenciação das estratégias de intervenção, inclusive ao nível das próprias dinâmicas institucionais, na medida em que, por exemplo, a sua aplicação em contextos de acolhimento exige uma maior abertura institucional (em termos de tempos e espaços) à presença dos prestadores de cuidados.

Estrutura do Guia

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (De Rancourt et al., 2006) é composto por 9 dimensões de avaliação, divididas em quatro áreas (quadro 1).

Quadro 1

Áreas e dimensões de avaliação do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (De Rancourt et al., 2006)

Áreas de avaliação	Dimensões de avaliação
A- Contexto	1 - O contexto sociofamiliar
B- Saúde e desenvolvimento da criança	2- A saúde e o desenvolvimento da criança
C- Relação criança – prestadores de cuidados	3- A vinculação 4- As competências parentais
D- Prestadores de Cuidados	5- O controlo dos impulsos 6- O reconhecimento da responsabilidade pelo prestador de cuidados 7- Os comportamentos do adulto que afetam a competência parental 8- A rede social 9- A história dos serviços clínicos

No final de cada dimensão existe um conjunto de questões resumo que incidem sobre as implicações da informação recolhida para o exercício da parentalidade e que permite o registo das conclusões do técnico relativamente à dinâmica específica de cada caso. Cada dimensão avaliada é classificada em uma de quatro categorias: força *major*, força *minor*, preocupação *major* ou preocupação *minor*. Tais classificações conduzem, no final do preenchimento do Guia, a um perfil da capacidade parental, o que permite a rápida identificação das dimensões que poderão vir a ser focadas no processo de intervenção. Por último, o Guia contém ainda uma escala de prognóstico de mudança, na qual é solicitado ao técnico que assinale um conjunto de características que corresponderão a uma de duas hipóteses de evolução: (A) Potencial de mudança encorajador ou (B) Alto risco de cronicidade.

Validade Ecológica

A validade ecológica tem sido enfatizada na investigação empírica e aplicada em diversas áreas da psicologia, nomeadamente no âmbito do juízo clínico e da tomada de decisão (Koehler, 1996, cit. por Kvavilashvili & Ellis, 2004). A validade ecológica deve distinguir-se da representatividade do *design* de investigação. Vários autores têm referido

que o termo validade ecológica é muitas vezes utilizado erradamente enquanto sinónimo de validade externa/generalização dos resultados (Araújo, Davids, & Passos, 2007; Hammond, 1998; Schmuckler, 2001). O estudo que se apresenta utilizou um *design* relevante em termos ecológicos, razão pela qual se convocaram profissionais das diferentes áreas que contactam com instrumentos de avaliação da parentalidade na sua prática diária: académicos, técnicos psicossociais e magistrados.

A validade ecológica remete para a relação entre a forma de avaliar e o objeto avaliado e, no presente estudo, foi operacionalizada e analisada a partir das respostas à seguinte questão: Como é que a estrutura e conteúdos do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (De Rancourt et al., 2006) podem ser alterados de forma a atingir a sua máxima adaptação e utilidade para o contexto português? Sendo o Guia um instrumento de origem canadiana, estamos perante um processo de adaptação. Usando como referência o modelo de sensibilidade cultural de Rossello e Bernal (1996), é importante que seja avaliada a proximidade do Guia ao contexto português em termos dos seus objetivos, contextos e agentes de aplicação, linguagem utilizada e conteúdos abordados. O objetivo essencial é perceber como é que o próprio instrumento pode ser modificado (ou mantido) de forma a poder afirmar-se que o mesmo é adequado ao contexto em estudo.

Método

Participantes

A amostra do estudo é constituída por 10 elementos de três grupos profissionais que operacionalizam o processo de avaliação da capacidade parental nos seus diferentes momentos: conceção dos instrumentos de avaliação (académicos), utilização dos mesmos (técnicos psicossociais) e tomada de decisões relacionadas com o futuro das crianças e

suas famílias (magistrados). Os técnicos da área psicossocial (n=3) têm mais de 15 anos de experiência na avaliação de situações de crianças em risco ou perigo, sinalizadas a comissões de proteção ou acolhidas em centros de acolhimento. Os magistrados (n=4) têm também larga experiência em processos judiciais de promoção e proteção e os acadêmicos (n=3) são considerados especialistas na área da avaliação psicológica e das respostas institucionais para situações de crianças em risco ou perigo. Participaram, neste estudo, profissionais do sexo feminino (n=6) e masculino (n=4), sendo que o grupo de acadêmicos não incluiu profissionais do sexo masculino.

Procedimentos

Material disponibilizado e guião da discussão nos *focus group*

Neste estudo, de natureza qualitativa, recorreu-se à constituição de três *focus group*, homogêneos quanto à área profissional. A cada um dos participantes foram previamente remetidos quatro documentos: (1) uma apresentação enquadradora do instrumento, na qual foram abordados os seguintes pontos: (a) conceitos de competência e capacidade parental; (b) modelo dos determinantes do comportamento parental de Belsky e Vondra (1989) e (c) breve apresentação do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: objetivos, forma de preenchimento (fontes de informação, tipo de registo, síntese das forças e vulnerabilidades e respetiva valoração), estrutura e conteúdos; (2) o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais, preenchido para um caso exemplo; (3) um relatório (exemplificador do que poderia ser remetido para Tribunal para fundamentar a revisão de uma medida de promoção e proteção), construído a partir dos dados obtidos no caso exemplo referido no ponto anterior; (4) as questões que seriam posteriormente discutidas no *focus group* a que o participante pertencia.

As discussões dos vários *focus group* foram registadas em áudio e vídeo e tiveram a duração de aproximadamente 2h30. As questões propostas encontram-se sintetizadas no quadro 2. O primeiro conjunto de questões (Q1) foi colocado aos 3 grupos, o segundo conjunto foi adequado às especificidades de cada grupo profissional, incidindo sobre aspetos diretamente relacionados com a ação específica dos mesmos no âmbito da avaliação da parentalidade.

Quadro 2
Questões efetuadas aos Focus Group

	FG1 - Técnicos	FG2 - Magistrados	FG3 - Académicos
Q1	Utilidade da informação recolhida e juízos clínicos efetuados para a elaboração de pareceres técnicos <i>Os conteúdos que o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais integra são úteis e suficientes para a produção de informação (pareceres técnicos) respeitante à avaliação da parentalidade e planificação da intervenção / das medidas a tomar?</i>		
	Adequação ao sistema de promoção e proteção português <i>Julgariam pertinente acrescentar/retirar algum conteúdo, de forma a torná-lo mais adequado à realidade portuguesa/sistema de promoção e proteção português? Quais e porquê?</i>		
	<i>Que implicações tal teria para a ponderação da informação em termos de pontos fortes/fracos?</i>		
Q2	Exequibilidade da aplicação do Guia <i>As tarefas solicitadas para a recolha da informação são exequíveis e adequadas?</i>	Utilidade dos pareceres produzidos a partir da informação recolhida para o sistema judicial <i>A informação produzida é útil ao sistema judicial? Da informação produzida qual é a mais e menos útil para que um Juiz/magistrado do MP possa decidir relativamente à manutenção da criança junto dos pais ou pela substituição definitiva dos principais prestadores de cuidados (adoção) ?</i>	Atualidade científica do Guia <i>O Guia reflete adequadamente o estado do conhecimento científico atual sobre a parentalidade e as suas implicações desenvolvimentais?</i>

Tratamento dos dados

Após a transcrição dos registos áudio, os textos foram objeto de análise de conteúdo, tendo sido utilizado o *software QSRnVivo8*. Foi escolhido o tema como unidade de análise. Assim, a 1ª autora fez uma primeira leitura integral das transcrições e identificou os diferentes temas abordados, criando um conjunto de categorias e subcategorias que discutiu com a 2ª autora. As categorias de conteúdo não foram definidas *a priori*, antes decorreram da revisão sucessiva das referências numa perspetiva indutiva, guiada pelos dados, seguindo uma abordagem concordante com a *grounded theory*. As subcategorias constituem propriedades das categorias, tendo as referências sido agrupadas seguindo um critério de dimensionalização (LaRossa, 2005).

Posteriormente, a consistência das mesmas foi testada propondo a sua aplicação a dois codificadores, para além da primeira autora, num total de 3 juízes. Nas respostas do *focus group* dos magistrados os juízes codificaram o grupo de questões Q1 (50 referências de um total de 160¹); no *focus group* dos técnicos codificaram a questão Q2 (46 referências de um total de 86² codificadas), após um primeiro teste piloto em que os três juízes aplicaram e discutiram a codificação de 15 referências de ambos os *focus group* referidos. O acordo intercodificadores (Lombard, Snyder-Duch & Bracken, 2010), calculado ao nível das subcategorias, resultou num valor K de Fleiss de 0,96, para a questão Q1 no *focus group* dos magistrados, e de 0,90 para a questão Q2 no *focus group* dos técnicos, o que é considerado muito adequado. Estes valores foram obtidos através da folha de cálculo desenvolvida por Jason King (2004) especificamente para o cálculo de acordo entre mais de dois codificadores.

¹ As 160 referências correspondem à soma de 50 referências do FG dos magistrados, 34 do FG dos técnicos e 76 do FG dos académicos, em resposta ao grupo de questões Q1.

² As 86 referências correspondem à soma de 46 referências do FG dos técnicos, 36 do FG dos magistrados e 4 do FG os académicos, em resposta ao grupo de questões Q2.

Análise e Discussão dos Resultados

O quadro 3 mostra as categorias de conteúdo nas quais foram codificadas as respostas às questões e a distribuição das codificações pelas mesmas. De seguida apresenta-se a análise das respostas com exemplos das referências codificadas.

Quadro 3

Frequências das referências por categorias de conteúdo: validade ecológica do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais

Categorias de conteúdo		FG1	FG2	FG3	T
1- Guia de Avaliação das Capacidades Parentais	1.1 Questões dos participantes	2	2	4	8
	1.2 Utilidade do Guia	14	3	4	21
	1.2.a Para a intervenção técnica	12	0	2	14
	1.2.b Para a produção de informação	1	1	3	5
	1.3 Apreciação geral do Guia	30	11	18	59
	1.3.a Adequação ao contexto português	3	1	0	4
	1.3.b Aspeto inovador	2	0	0	2
	1.3.c Garantia da fiabilidade da avaliação	7	0	1	8
	1.3.d Dimensão do instrumento	4	1	0	5
	1.3.e Classificação do instrumento	0	0	1	1
	1.3.f Atualidade e pertinência dos conteúdos	6	1	15	22
	1.3.g Suficiência dos conteúdos	11	7	1	19
	1.4 Exequibilidade da utilização	10	5	0	15
	1.4.a Necessidade de formação	2	5	0	7
	1.4.b Sistematização da informação recolhida	1	0	0	1
	1.4.c Aplicação faseada	4	0	0	4
	1.5 Lacunas	13	0	21	34
	1.5.a Condições de aplicação	5	0	1	6
	1.5.b Conteúdos não abordados	2	0	8	10
	1.5.c Critérios de análise da informação	1	0	12	13
	1.5.d Pistas para aprofundamento da avaliação	5	0	1	6
	1.6 Sugestões de alteração	28	23	41	92
	1.6.a Condições de alteração do Guia	4	0	0	4
	1.6.b Alterações estruturais	6	0	0	6
	1.6.c Alterações de conteúdo	14	3	20	37
	1.6.c.1 Definição dos critérios decisão	3	0	14	17
	1.6.c.2 Designações	9	2	0	11
	1.6.c.3 Dimensão de futuro	0	0	3	3
	1.6.c.4 Identificação de forças	2	0	2	4
	1.6.c.5 Terminologia	0	1	0	1
1.6.d Alterações metodologia de utilização	6	17	21	44	
1.6.d.1 Abrangência da subescala 9	0	2	0	2	
1.6.d.2 Definição de pesos relativos das dimensões	0	0	22	22	
1.6.d.3 Condições de utilização	4	0	0	4	
1.6.d.4 Proporcionalidade da utilização	0	14	0	14	

Nota. FG1 – técnicos; FG2 – magistrados; FG3 – académicos; T – total de referências na categoria

Adequação ao Sistema de Promoção e Proteção Português e Utilidade da Informação Recolhida para a Elaboração de Pareceres Técnicos

Na resposta ao primeiro conjunto de questões, os participantes dos vários *focus group* consideraram que o Guia é um instrumento que cobre exaustivamente as áreas de conteúdo consideradas pertinentes para a avaliação da capacidade parental e que os seus conteúdos são suficientes para a avaliação da mesma (quadro 4, exemplos 1 e 2). Como salientaram os académicos (quadro 4, exemplo 3) e os técnicos, o Guia ajudará a garantir a fiabilidade da avaliação, uma vez que sistematiza a informação recolhida e permite a construção de uma fundamentação mais objetiva e rigorosa, assente não na “sensibilidade” individual do técnico, mas antes num conjunto de informações e juízos clínicos relevantes para a tomada de decisão relativa às áreas em avaliação.

O Guia foi considerado útil para duas áreas fundamentais, a intervenção técnica e a produção de informação. Quanto à intervenção técnica, foi destacada a utilidade do instrumento para a intervenção preventiva (quadro 4, exemplo 4), uma vez que permite a identificação de fatores de risco e de proteção que poderão (e deverão) ser tidos em conta na planificação da intervenção. No que toca à intervenção remediativa foi referido que o Guia poderá ser útil para aspetos como a avaliação da motivação para a mudança, a planificação da intervenção, a intervenção direcionada para o desenvolvimento das competências parentais e mesmo para a intervenção com as crianças. Tal diversidade aponta para um potencial técnico do Guia bastante abrangente.

No que respeita às lacunas do Guia foram apontados dois aspetos que estão relacionados com as sugestões de alteração propostas pelos participantes. A lacuna mais apontada ao Guia foi a de o mesmo não conter a especificação dos critérios que deverão estar subjacentes à classificação de cada dimensão como área de recurso ou de dificuldade (quadro 4, exemplo 5). A outra lacuna refere-se a conteúdos não abordados.

Quadro 4

Referências exemplificativas

Exemplo 1: FG Técnicos : T1: *aquilo que eu me pareceu é que era um instrumento bastante exaustivo, (...), portanto vai ao pormenor nalgumas das situações, (...), no fundo isto o que nos vai dar é em termos de pistas de trabalho, o que é que eu posso fazer, ou seja é dizer que esta família está aqui, mas que eu daqui para a frente em termos da sua mudança o que pistas é que eu tenho, o que vou melhorar, isso para os técnicos será fundamental.*

Exemplo 2: FG Magistrados: M4: *parece-me extremamente completo e que bom seria que os tribunais tivessem esta muleta de apoio.*

Exemplo 3: FG Académicos: A1: *ajuda a sistematizar, ajuda também a objetivar algumas coisas e portanto a pessoa não cair só no (...) olhamos e fazemos um (...)relatório. Portanto, acho que é um instrumento muito, bom, (...) para aquilo que se propõe. Ah, que falte aqui, alguma dimensão em particular, não!*

Exemplo 4: FG Técnicos: T3: *acho que há uma sequência ao longo do instrumento, dos aspetos desde logo da vinculação, das possibilidades de(...) avaliação do risco que eu acho muito muito importante no âmbito da prevenção quer seja primária, quer seja secundária, ou terciária.*

Exemplo 5: FG Académicos: A1: *é obvio que (...) eu olho pra aqui e imagino que, de facto, uma, preocupação major e uma preocupação, minor, e, e, eu quero saber é, quais são os critérios, que me levam a. (...) Porque esse, isso não está, esclarecido.*

Exemplo 6: FG Técnicos: T2: *(...)há muitos momentos do instrumento que não fala das forças, há muitos momentos em que ele diz problema problema, problema, problema, (...) e só de vez em quando é que ele tem umas janelinhas abertas para as competências, para as forças.*

Exemplo 7: FG Magistrados: M4: *(...) em termos de terminologias, porquê a preocupação major e minor? Vão manter isso assim? É obrigatório? (...) Não soa bem, eu de repente pensei que estava numa página em castelhano, portanto seria uma preocupação menor, maior média enfim, adaptarmos isto ao português corrente sem estarmos hipotecados (...) esse léxico que me parece não fazer grande sentido, poderá fazer para o Steinhauer mas aqui na nossa realidade não fará grande sentido.*

Exemplo 8: FG Técnicos: T3: *(...)gostaria mais de às vezes ele[Guia] ter uma arrumação mais saudável nesse sentido, não é, mais de procurar as forças, ir vendo as soluções, possíveis, e fazendo esse caminho, de suporte com o próprio processo de mudança que se pede àquelas pessoas.*

Exemplo 9: FG Técnicos: T3: *(...)gostava que ele ao princípio tivesse toda essa clarificação, das condições em que ele pode ser aplicado, acho que lucrávamos com isso.*

Exemplo 10: FG Académicos: A2: *E estamos a considerar que todos os domínios são igualmente, importantes? A1: Não, eu não. Por isso mesmo é que eu acho que primeiro tem que atribuir pesos. A3: Todos estes, todas estas nove, nove domínios? Pois. A2: Sim, sim..*

Exemplo 11: FG Magistrados: M1: *certo, há aqui... também dependerá do caso, do caso a avaliar, quer dizer não, na maior parte das situações de perigo que nós temos, na maior parte não é, nos tribunais, ahh..., não precisa deste olhar pericial, precisa de alguns olhares periciais que aqui estão não é, e portanto não sei se, eventualmente a ser aprovado um modelo destes se ele não devia, não devia ser sectionado consoante as situações (...) porque num ou noutra caso, pode ir além do que seria do que seria absolutamente necessário.*

Exemplo 12: FG Técnicos: T1: *com técnicos treinados, porque é preciso que o técnico se mexa muito bem dentro do instrumento, que o conheça... T3: é, é... T1: para não ser redundante nalguns, nalgumas questões, (...) e poder observar por algumas respostas outras.*

Exemplo 13: FG Magistrados: M1: *parece-me extremamente completo e que bom seria que os tribunais tivessem esta muleta de apoio para que pudessem de facto chegar ao momento final e dizer aqui temos um relatório que é naturalístico em termos de factos mas que também opina.*

Exemplo 14: FG Magistrados: M2: *(...) este conteúdo todo que está aqui é extraordinariamente importante, se nos der para além deste os factos M1: em que assentam essas vossas convicções M2: em que assentam... é ótimo.*

Exemplo 15: FG Académicos: A1: *Relativamente ao resto, reflete adequadamente o estado de conhecimento científico? Ah, sim. (...) São estas dimensões que estão nas várias escalas.*

Os técnicos e os académicos referiram que o instrumento estava muito centrado na identificação de aspetos problemáticos da parentalidade e não permitia a identificação de

forças a não ser por defeito, ou seja, por ausência de problemas (quadro 4, exemplo 6). Ainda que com menor frequência, foi também referido que o instrumento não contém a descrição das condições em que deve ser aplicado, nem pistas para aprofundamento da avaliação.

Estas lacunas espelharam-se em diversas sugestões feitas pelos participantes de modo a aumentar a validade ecológica do instrumento. Foram apontadas três ordens de sugestões: de conteúdo, estruturais e metodológicas. As alterações de conteúdo remetem para a definição dos critérios de decisão relativos à classificação das dimensões do Guia; foi também sugerido que fosse alterada a designação dessas categorias de classificação (quadro 4, exemplo 7), uma vez que as adotadas (força *major* e *minor*, preocupação *major* e *minor*) não correspondem a designações habitualmente utilizadas no contexto português, ainda que não tenha sido apontada uma designação alternativa. Foi ainda sugerido que se introduzissem itens que permitissem a identificação de aspetos positivos do funcionamento parental, a que os participantes se referiram como “forças” (quadro 4, exemplo 8). Com menor frequência, foi sugerido que se fizessem duas correções na terminologia utilizada, nomeadamente a alteração de “guarda” para “exercício das responsabilidades parentais” e a referência a “prestadores de cuidados” em vez de “pai” e “mãe”, dado que o Guia pode servir para avaliar outros cuidadores que não os pais biológicos. As alterações estruturais prendem-se com o posicionamento de alguns itens, bem como as condições da sua utilização (quadro 4, exemplo 9).

Quanto às alterações em termos de metodologia de utilização foram sugeridas duas. Os académicos propuseram que se venha a definir o peso relativo das diferentes dimensões para a tomada de decisão (quadro 4, exemplo 10), uma vez que consideraram que os diferentes conteúdos não têm a mesma importância. Os magistrados sugeriram a possibilidade de a aplicação do Guia ser proporcional à especificidade de cada caso, não

sendo obrigatória a aplicação de todo o instrumento em todos os casos a avaliar (quadro 4, exemplo 11).

Exequibilidade da Aplicação do Guia

Os técnicos consideraram que as tarefas inerentes à utilização do Guia são exequíveis nas atuais condições de funcionamento das instituições que trabalham na área da proteção à infância, tendo em conta a existência de equipas técnicas que podem ser formadas para a utilização deste instrumento. Refira-se que tanto os técnicos (quadro 4, exemplo 12) como os magistrados enfatizaram a importância dessa formação.

Utilidade dos Pareceres Produzidos a Partir da Informação Recolhida

Para responder a esta questão os magistrados usaram como referência o relatório exemplo que lhes havia sido enviado. Foi destacada a pertinência e fundamentação da informação produzida, referindo a importância, para os magistrados, de compreenderem o processo que leva os técnicos a formularem determinados prognósticos, relativamente à criança e aos seus cuidadores, e a proporem determinadas medidas. Os magistrados salientaram que é necessário apontar factos (quadro 4, exemplos 13 e 14) e apresentar a avaliação que é feita das suas implicações e do seu significado; consideraram que estes elementos estavam presentes no relatório apresentado, sendo que nem sempre lhes é necessária toda a informação que o Guia contém, devendo esta seleção ser feita e fundamentada pelo técnico em função das características específicas de cada caso.

Atualidade Científica do Guia

Os académicos consideraram que o Guia reflete o conhecimento científico atual relativamente às áreas avaliadas (quadro 4, exemplo 15). Salientaram, no entanto, que

não está clara a forma como se pondera a informação recolhida para a classificação da mesma nas quatro categorias (força *major* e *minor*, preocupação *major* e *minor*) com base nas quais se define depois um perfil da capacidade parental. Pela sua relevância, consideram que tal deve ser devidamente clarificado, nomeadamente em termos das implicações desta ponderação para as metodologias de intervenção a desenvolver e para as medidas de promoção e proteção a propor.

Conclusões

Perante os dados obtidos, considera-se que o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (De Rancourt et al., 2006) assenta em conhecimento científico atualizado (nas áreas da avaliação, da parentalidade e da intervenção em matéria de proteção à infância) e possibilita a obtenção de informação suficiente para este tipo de avaliação. Esta, sendo analisada segundo critérios claros, que reflitam o conhecimento científico atual e que estejam associados às implicações futuras das decisões a tomar, permitirá a fundamentação adequada dos pareceres técnicos e das decisões judiciais que dela advenham. Acresce que as tarefas inerentes à sua utilização foram consideradas exequíveis. Ainda assim, e para que a relação com o contexto português seja maximizada, deverão ser incluídas no instrumento um conjunto de alterações: (1) a nível do conteúdo deverão i) ser definidos os critérios de decisão relativos à classificação das 9 dimensões do Guia nas categorias força ou preocupação, *major* ou *minor*, ii) alterada a designação dessas categorias, propondo as autoras as designações de recurso principal ou secundário e dificuldade principal ou secundária, iii) introduzidos itens que permitam a identificação de aspetos positivos do funcionamento parental e iv) substituídas as designações de “guarda” por “responsabilidades parentais” e de “pai ou mãe” por “prestador de cuidados”; (2) a nível estrutural deverá incluir-se no início do Guia a

referência às condições de utilização do mesmo; (3) a nível metodológico, deverá ser clarificado i) o peso relativo das diferentes dimensões para a tomada de decisão final sobre as duas hipóteses de evolução que o profissional considera que a(s) figura(s) parental(ais) avaliada(s) apresenta(m) - potencial de mudança encorajador ou alto risco de cronicidade - e ii) explorada a possibilidade de aplicação parcelar do Guia, proporcional à especificidade de cada caso.

Deverá ainda ser garantida formação aos profissionais que viabilize uma correta aplicação, quer em termos do processo de recolha e análise da informação, quer da transmissão e utilização dos seus resultados em matéria de proteção à infância.

O tamanho reduzido da amostra, em cada um dos *focus-group*, constitui uma limitação que não deve ser ignorada, ainda que os mesmos tenham integrado, como foi realçado, elementos com muita experiência e reconhecido mérito no contexto nacional e a informação tenha, nos tópicos em avaliação, atingido um nível de saturação intra-grupo que não faz antever posições divergentes relevantes decorrentes do alargamento da mesma. Pelo facto de terem sido reportados alguns pontos de vista distintos, nomeadamente por parte dos magistrados e no que diz respeito à utilização integral ou proporcional do Guia, consoante as situações a avaliar, seria pertinente realizar este estudo no seio de *focus-goup* heterogéneos, que incluíssem profissionais das diferentes áreas, para melhor ponderar esta questão.

Referências Bibliográficas

Araújo, D., Davids, K., & Passos, P. (2007). Ecological validity, representative design, and correspondence between experimental task constraints and behavioral setting: Comment on Rogers, Kadar, and Costall (2005). *Ecological Psychology* 19(1), 69-78. doi:10.1080/10407410709336951

- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafios invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Belsky, J., & Vondra, J. (1989). Lessons from child abuse: The determinants of parenting. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.) *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp.153-202). New York: Cambridge University Press.
- Bowden, C. (2009, Março). *Parenting capacity assessments: A psychologists perspective*. Comunicação apresentada na Child Protection Conference, British Columbia.
- Çakir, M. (2012). Epistemological dialogue of validity: Building validity in educational and social research. *Education*, 132(3), 664-674.
- Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (2011). *Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Retrieved from http://www.cnpcjr.pt/downloads/Guia_acciao_social.pdf
- Department of Health, Department for Education and Employment & Home Office (2000). *The Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (reference: DH-4014430). London: Her Majesty's Stationery Office. Retrieved from <https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Framework%20for%20the%20assessment%20of%20children%20in%20need%20and%20their%20families.pdf>
- De Rancourt, L., Paquette, F., Paquette, D., & Rainville, S. (2006) *Guide d'évaluation des capacités parentales: Adaptation du guide de Steinhauer: 0 à 5 ans* (3éd.). Montréal: Centres Jeunesse de Montréal.

- Family Disability Studies Initiative (2012). *Parenting capacity assessments: Some guiding principles*. (Practice Points). Retrieved from <http://www.fdsa.ualberta.ca/AboutUs/SupportingParentswithIntellectualDisabilities/PracticePoints/Capacity.aspx>.
- Gillingham, P., & Humphreys, C. (2010). Child protection practitioners and decision-making tools: Observations and reflections from the front line. *British Journal of Social Work* 40(8), 2598-2616. doi:10.1093/bjsw/bcp155
- Hammond, K. R. (1998). *Ecological validity: Then and now*. Retrieved from <http://www.brunswik.org/notes/essay2.html>.
- Kvavilashvili, L., & Ellis, J. (2004). Ecological validity and twenty years of real-life/laboratory controversy in memory research: A critical (and historical) review. *History and Philosophy of Psychology*, 6, 59-80
- King, J. E. (2004, February). *Software solutions for obtaining a Kappa-Type statistic for use with multiple raters*. Paper presented at the Annual Meeting of the Southwest Educational Research Association, Dallas. Retrieved from <http://www.ccitonline.org/jking/homepage/interrater.html>
- LaRossa, R. (2005). Grounded theory methods and qualitative family research. *Journal of Marriage and Family* 67(4), 837-857. doi: 10.1111/j.1741-3737.2005.00179.x
- Lombard, M., Snyder-Duch, J., & Cheryl Campanella Bracken. (2010). *Practical resources for assessing and reporting intercoder reliability in content analysis research projects*. Retrieved from <http://www.temple.edu/sct/mmc/reliability/>
- Munro, E. (2008). *Effective child protection* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Paquette, F. (2004). *À chaque enfant son projet de vie permanent: Un programme d'intervention*. Montréal: Centres Jeunesse de Montréal - Institut Universitaire.

- Robin, P. (2011). L'évaluation de la maltraitance en tension: L'exemple de la définition participative d'un référentiel. In C. Gaux & I. Vinatier (Eds), *Outils pour la formation, l'éducation et la prévention: Contributions de la psychologie et des sciences de l'éducation: actes du colloque OUFOREP, 6-7 Juin 2011: Vol.3. Modes d'élaboration et de validation des outils et dispositifs pour la formation, l'éducation et la prévention*, (pp. 219-228). Nantes: Outils pour la formation, l'éducation et la prévention.
- Rossello, J., & Bernal, G. (1996). Adapting cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depressed Puerto Rican adolescents. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. (pp. 157-185). New York: American Psychological Association.
- Schmuckler, M. A. (2001). What is ecological validity? A dimensional analysis. *Infancy*, 2(4), 419-436. doi:10.1207/S15327078IN0204_02
- Service de Protection de la Jeunesse (2008). *Référentiel d'évaluation du danger encouru par l'enfant et des compétences parentales* (Doc n° R3.20). Canton de Vaud: Département de la formation, de la jeunesse et de la culture - Service de protection de la jeunesse.
- Steinhauer, P. (1993). Assessing parenting capacity. *Newsletter of the Infant Mental Health Promotion Project*, 8, 5-7.
- Tippins, T. M., & Wittmann, J. P. (2005). Empirical and ethical problems with custody recommendations: A call for clinical humility and judicial vigilance. *Family Court Review*, 43(2), 193-222. doi: 10.1111/j.1744-1617.2005.00019.x
- White, A. (2005). *Assessment of parenting capacity: Literature review*. Ashfield: NSW Department of Community Services: Centre for Parenting & Research.

2.2 Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo exploratório da fiabilidade em profissionais da proteção à infância

Dora Pereira & Madalena Alarcão

Resumo

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais é um instrumento capaz de operacionalizar a avaliação das capacidades e competências parentais e de equacionar as possibilidades de mudança do comportamento parental através da clarificação do perfil da capacidade parental. A escala de prognóstico de mudança aponta para um potencial de mudança encorajador ou, pelo contrário, para um alto risco de cronicidade conforme a síntese que é feita dos principais recursos e dificuldades evidenciadas pelos prestadores de cuidados na sua relação com uma criança específica e atendendo às condições contextuais em que se encontram. No âmbito do processo de validação deste instrumento para o contexto português, desenvolveu-se um estudo exploratório sobre a sua fiabilidade no qual procurou verificar-se a convergência das conclusões dos vários profissionais envolvidos no acompanhamento de 10 crianças institucionalizadas com menos de 6 anos relativas à capacidade parental dos seus prestadores de cuidados. Neste artigo apresentam-se os resultados do referido estudo, as principais conclusões e suas implicações nas práticas de avaliação da capacidade parental.

Palavras-chave: avaliação; capacidade parental; proteção à infância; perigo; acordo entre avaliadores.

Abstract

The Parental Capacities Evaluation Guide is a useful tool to assess parental behavior and its change possibilities through parental capacity profile. Prognosis Scale point to an encouraging change potential or, in reverse, to an high chronicity risk depending on the synthesis of the main resources and difficulties showed by the carers on the relation with a specific child and considering the specific contextual circumstances they're facing .On the scope of this tool validation process to portuguese child protection field, was developped an exploratory study about its reliability where was verified the convergence of the conclusions about parental capacities the several professionals involved on assessment of the carers of 10 children aged less than 6 years on residential care reached at. In this article are presented the results, the main conclusions and their implications for the guide's use on the parental capacities assessment practices.

Keywords: assessment; parental capacity; child protection; inter-rater agreement; reliability

A prática da proteção à infância decorre de uma dialética constante entre os seus atores e os respetivos referenciais de atuação, mediados pelo posicionamento epistemológico dos técnicos, dos serviços a que pertencem e do próprio sistema de proteção. É reconhecida a necessidade de parâmetros orientadores das práticas, comuns aos vários intervenientes, de forma a diminuir a subjetividade dos juízos formulados e a possibilitar a sua replicação.

A avaliação das capacidades parentais é aqui entendida como um processo de juízo clínico, contínuo, formativo, dinâmico e desenvolvido numa perspetiva ecológica transacional (Brandon et al., 2009; Scaife, 2013). Mais especificamente, procura a compreensão de como se alcançou e se mantém a situação atual (competências parentais) através da formulação e reformulação crítica de hipóteses explicativas que fundamentarão a intervenção posterior com a criança e com os prestadores de cuidados. A avaliação é marcada por vários momentos chave de juízo clínico e tomada de decisão (Figura 1). Num primeiro momento (J1), após a sinalização da situação de perigo, são tomadas decisões imediatas relacionadas com a proteção da criança e o estabelecimento de condições para a condução da avaliação: nomeadamente, e face à situação de risco/perigo em que se encontra, decide-se se a criança é ou não acolhida, em que contexto e que serviços desenvolverão a avaliação. Após a recolha de informação, junto de diferentes fontes (pais, criança, família alargada, serviços) e com diferentes métodos (entrevistas, observação direta, questionários e escalas, visitas domiciliárias, reuniões inter-serviços), deve ocorrer um segundo momento de juízo clínico (J2) no qual é feita a análise da informação e a formulação clínica do caso. Com base nesta formulação, segue-se um terceiro momento (J3) no qual é delineado o plano de intervenção a desenvolver com a criança e com os prestadores de cuidados. Após a intervenção ocorrer, num quarto momento (J4), a avaliação dos resultados e a decisão de preservação familiar ou de

definição de um novo projeto de vida para a criança (e.g., acolhimento familiar, apadrinhamento civil, adoção, acolhimento institucional), podendo manter-se a intervenção para consolidação da mudança ou para aceitação do novo projeto de vida para a criança.

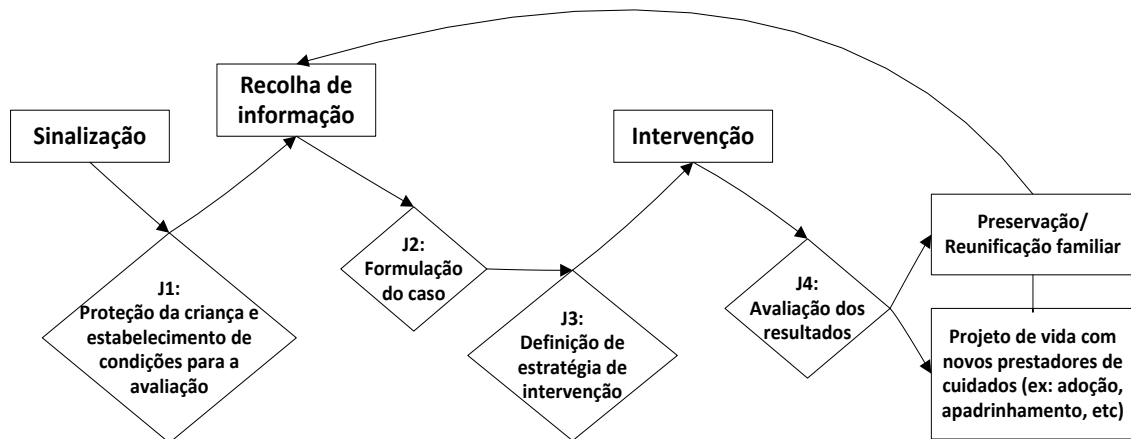


Figura 1: Processo de Avaliação das Capacidades Parentais

A capacidade parental pode estar bloqueada ou ser reforçada, ao longo do tempo, tendo em conta as características dos próprios pais, da criança e do contexto. A avaliação deve refletir continuamente o dinamismo e complexidade das interações e conter elementos que permitam compreender o presente e prognosticar o futuro. Acresce que o próprio processo de avaliação poderá contribuir para uma maior consciencialização dos prestadores de cuidados relativamente ao seu funcionamento parental e, conseqüentemente, para o seu envolvimento no processo de mudança, podendo (e devendo) ser formativo (Scaife, 2013) e terapêutico sem si mesmo (Department of Health, 2000).

Vários autores têm procurado sistematizar este processo incontornável em matéria de proteção à infância (cf. Pereira & Alarcão, 2010). Lido à luz do Modelo Funcional do Comportamento Parental (Figura 2), o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais,

afigura-se como um instrumento útil para a sistematização e compreensão da informação recolhida e para a fundamentação das estratégias de intervenção subsequentes, com a criança e os prestadores de cuidados (focando os momentos J2 e J3 da figura 1).

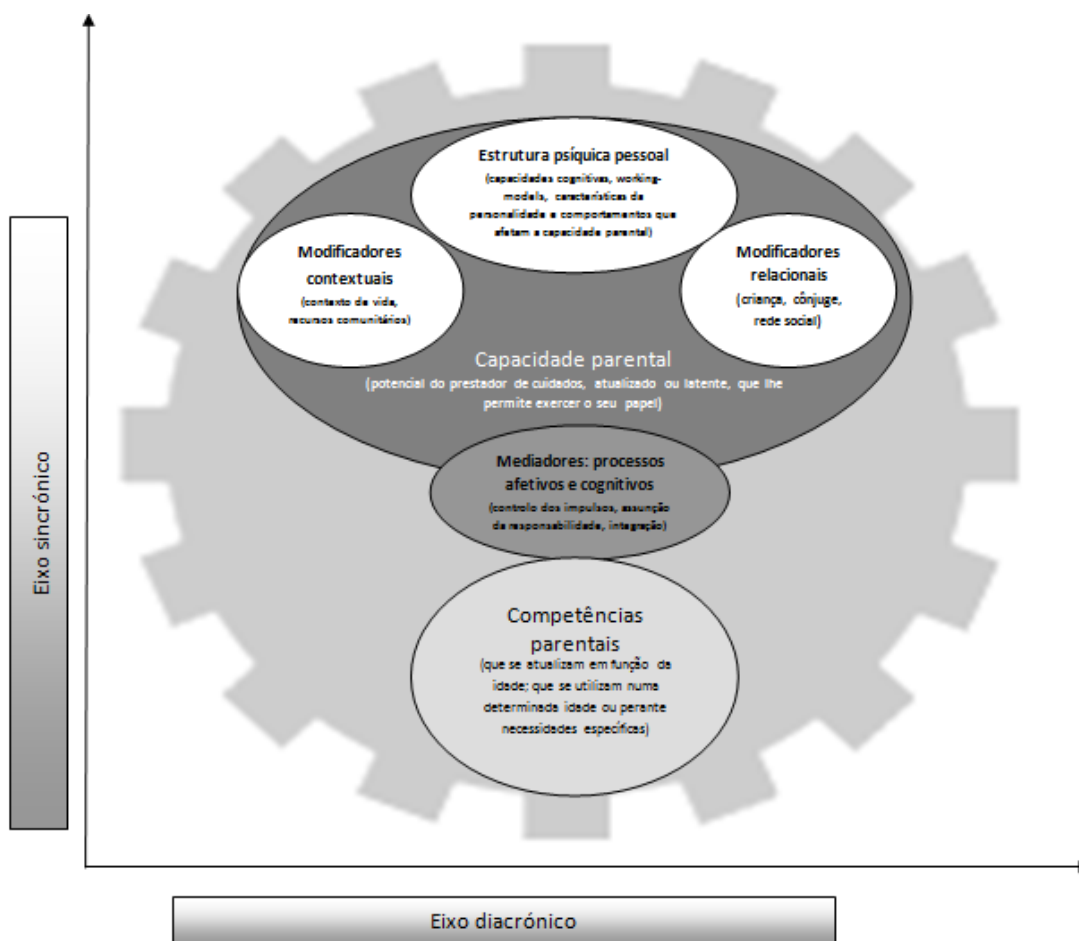


Figura 2: Modelo Funcional do Comportamento Parental

Neste artigo são apresentados os resultados do estudo exploratório da fiabilidade do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais, desenvolvido com profissionais do sistema de promoção e proteção de 3 distritos de Portugal Continental, e equacionadas as respetivas implicações para a condução deste tipo de avaliação.

O Estudo de Fiabilidade

A utilização de um instrumento como o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais requer que se estude até que ponto, a partir de informação semelhante, os técnicos chegam a conclusões similares de forma a perceber se o mesmo é um instrumento preciso na avaliação da capacidade parental. Tal corresponde ao estudo da fiabilidade, essencial para que o instrumento seja considerado válido. Segundo Maroco e Garcia-Marques (2006, p. 66), “a fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados (dados) quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável”.

No estudo que a seguir se descreve procurou verificar-se a consistência do Guia, através do acordo inter-avaliadores, o que Carlson (1989) aponta como um indicador crítico para que uma avaliação clínica possa ser considerada válida. Ainda que este instrumento tenha sido adaptado por autores e instituições de outros países, como os *Centre Jeunesse* no Québec (De Rancourt, Paquette, Paquette, & Rainville, 2006), Barudy e Dantagnan em Espanha (2010), ou o *Service de Protection à la Jeunesse* na Suíça (2008), desconhecem-se estudos de fiabilidade que tenham sido efetuados no âmbito de tais processos, ou outros semelhantes no contexto português, pelo que este estudo se afigura como pioneiro.

Método

Participantes

O estudo foi desenvolvido com profissionais dos Centros Distritais de Segurança Social de Portalegre, Évora e Beja, mais especificamente das Equipas Multidisciplinares de Assessoria aos Tribunais, das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens daquelas

idades e dos Centros de Acolhimento Temporário dos mesmos distritos. A participação dos profissionais foi autorizada pelos respetivos serviços, perfazendo um total de 23 profissionais, dos quais 82% com mais de 10 anos de experiência profissional na função, e formação académica em Serviço Social ou Psicologia (quadro 1).

Quadro 1
Caracterização dos participantes (n=23)

		%	(n)
Distrito	Beja	26	(6)
	Évora	35	(8)
	Portalegre	39	(9)
Enquadramento institucional	CDSS	48	(11)
	CPCJ	9	(2)
	CAT's	43	(10)
Formação académica	Serviço Social	48	(11)
	Psicologia	35	(8)
	Educação Social	4	(1)
	Outros	13	(3)
Experiência profissional	< 5 anos	4	(1)
	5-10 anos	13	(3)
	> 10 anos	82	(19)

Foram integrados no estudo 10 casos de crianças (7 do sexo masculino e 3 do sexo feminino) com menos de 6 anos (três com menos de 1 ano, duas com um ano, duas com dois anos, uma com 3 anos e duas com 5 anos), acolhidas em Centro de Acolhimento Temporário (três há menos de 6 meses, quatro entre 6-12 meses e 3 há mais de um ano), que mantinham a possibilidade de contacto com os pais durante o acolhimento. Em 9 casos o motivo de acolhimento foi negligência parental e num caso foi violência vicariante.

Em todos os casos inseridos no estudo os profissionais concordavam que era pertinente avaliar as capacidades parentais dos pais/prestadores de cuidados, dado ser essa uma questão que teriam de clarificar na avaliação e parecer técnico que viesse a fundamentar o projeto de vida daquela criança. Em 7 casos apenas foi avaliada a mãe; em 3 casos foram a mãe e o pai. Os pais tinham idades que variavam entre os 19 e os 44

anos, a que corresponde uma média de 28,5 anos e um desvio-padrão de 7,7. Dos 13 prestadores de cuidados avaliados (10 mães e 3 pais), 6 tinham outros filhos a ser acompanhados pelo sistema de promoção e proteção.

Em cada caso estudado, participaram os profissionais envolvidos por parte da instituição que aplica ou supervisiona a aplicação da medida de promoção e proteção (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou Equipa Multidisciplinar de Apoio aos Tribunais dos Centros Distritais de Segurança Social) e da instituição de acolhimento. É de salientar que esta metodologia espelha a dinâmica interinstitucional que ocorre ao longo dos processos de promoção e proteção e respetiva tomada de decisão, pois quanto maior for o acordo entre os profissionais envolvidos mais consistente será o parecer técnico a transmitir aos órgãos judiciais e para-judiciais de tomada de decisão.

Instrumento

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais é um instrumento de origem canadiana (De Rancourt et al., 2006; Steinhauer et al., 1993) que pretende auxiliar o processo de juízo clínico e tomada de decisão do profissional que conduz a avaliação da capacidade parental de pais ou prestadores de cuidados de crianças de idade inferior a 6 anos. Deve ser usado na fase de planificação da intervenção, na qual se especificam objetivos para a mudança, se analisam fatores que produzem e mantêm o comportamento problemático, se identificam as forças e recursos da família e se definem os objetivos, estratégias e metodologias de intervenção (Carlson, 1989).

Como tal, não constitui apenas um espaço de registo de observações diretas ou um instrumento que possa ser preenchido conjuntamente com as famílias, seguindo um formato de entrevista. Este instrumento pretende organizar e sintetizar o processo de avaliação, solicitando juízos clínicos relativos a diferentes dimensões que, em conjunto,

se considera poderem constituir uma avaliação coerente e completa da capacidade parental. O que nele se regista é a súmula de diferentes procedimentos de avaliação, ao longo dos quais se construíram relações com os diferentes intervenientes cuja qualidade também contribui para as conclusões a alcançar. Por esta razão recomenda-se que a sua utilização seja feita após um período de avaliação nunca inferior a um mês.

O Guia implica a utilização de uma avaliação multi-sujeito e multi-método, desenvolvida em diferentes ocasiões: i) entrevistas com os prestadores de cuidados e outros membros da família, ii) observações de interações entre os mesmos e a criança, iii) contactos com profissionais de outros serviços envolvidos e iv) visitas domiciliárias. Para além destas informações poderão utilizar-se, complementarmente, medidas estandardizadas para aprofundar alguns aspetos específicos da avaliação. A informação recolhida é registada sob a forma de resposta às questões colocadas pelo Guia, de modo a constituir um todo consistente, passível de leitura e análise subsequente. Tais questões correspondem a diferentes níveis de inferência clínica, tais como definidos na tipologia de Tippins e Wittmann (2005): (a) Observação: o que é que o avaliador observou durante os momentos de avaliação?, (b) Juízo clínico: o que é que o avaliador conclui acerca do funcionamento dos pais e da criança?, (c) Mudança: o que é que o avaliador conclui acerca das implicações da permanência da criança junto dos pais e quais as possibilidades e estratégias de mudança?

Este instrumento é composto por nove dimensões de avaliação, divididas por quatro áreas: contexto (1.O contexto sociofamiliar), a criança (2. A saúde e o desenvolvimento da criança), relação prestadores de cuidados-criança (3. Vinculação; 4. Competências Parentais), e prestadores de cuidados (5. Domínio dos impulsos; 6. Aceitação da responsabilidade; 7. Fatores que afetam a capacidade parental; 8. Rede social; 9. História de acesso aos serviços). Cada dimensão inclui um conjunto de

questões-resumo que incidem sobre as implicações da informação recolhida para o exercício da parentalidade e que permitem o registo das conclusões do profissional relativas à dinâmica específica de cada caso. Após estas questões, existe um conjunto de critérios que permitem classificar a dimensão avaliada como um recurso principal ou secundário, ou como uma dificuldade secundária ou principal, num *continuum* classificativo do mais para o menos adequado.

Explicita-se, de seguida, a forma como cada uma das dimensões é abordada neste instrumento, sublinhando-se a pertinência e implicações das mesmas para a avaliação da capacidade parental.

O contexto sociofamiliar

A primeira dimensão que surge no guia é o contexto no qual a criança e os pais ou prestadores de cuidados se integram (modificadores contextuais). O profissional deve identificar, entre as diversas facetas da vida quotidiana, como é que as condições habitacionais, a zona de residência, a gestão financeira, a área profissional, etc., se constituem como recursos ou como fatores de stresse. A literatura sugere que a acumulação de dificuldades se repercute de forma exponencial sobre as capacidades parentais: quanto mais elevado é o número de fatores de stresse, mais difícil se torna tolerar e lidar com o mesmo (Belsky & Vondra, 1989); menos stresse parental parece estar relacionado com crenças parentais mais positivas acerca da importância dos comportamentos parentais enquanto que mais stresse parental está relacionado com crenças parentais menos positivas (Respler-Herman, Mowder, Yasik, & Shamah, 2012) e maior risco de mau trato (Belsky, 1993; Rodriguez & Richardson, 2007). Fará toda a diferença conhecer não só os recursos e fatores de stresse, mas também os mecanismos de *coping* dos pais, e as suas implicações para o bem-estar da criança, o que corresponde

a diferentes questões-resumo incluídas nesta dimensão. Em síntese, a capacidade parental é potenciada quando os recursos existentes são superiores aos fatores de stresse e quando os mecanismos de *coping* utilizados pelos pais são eficazes para a lidar com os mesmos.

A saúde e o desenvolvimento da criança

A segunda dimensão é a da saúde e desenvolvimento da criança (modificadores relacionais), nomeadamente a presença ou ausência de atrasos de desenvolvimento, problemas de saúde física e mental, ocorrência de acidentes ou hospitalizações frequentes. Tal identificação é importante sob três perspetivas: por um lado, permite conhecer eventuais sequelas na qualidade do desenvolvimento da criança que advenham do comportamento dos pais; por outro, permite perceber o nível de diferenciação de cuidados que a criança exige; por último permite conhecer a forma como os pais estão a responder a tais necessidades. Pode assim ser uma medida do risco ou perigo em que a criança se encontra.

A vinculação

Nesta terceira dimensão avaliam-se dois aspetos profundamente interligados: por um lado, a capacidade do prestador de cuidados para estabelecer uma relação de vinculação com a criança; por outro lado, avalia-se a qualidade da relação de vinculação que a criança estabelece com o mesmo. Tem-se assim em conta a reciprocidade relacional e a dimensão desenvolvimental da vinculação. Por estas razões integra-se esta dimensão no conjunto dos mediadores relacionais, considerando-a estruturante da capacidade parental num duplo sentido: os pais utilizam nesta relação os seus próprios modelos internos de vinculação e contribuem decisivamente para o processo de construção dos mesmos dos seus filhos. Nesta dimensão recolhe-se informação relativa à

história de vinculação dos pais e à existência de indicadores de abandono. Quanto às crianças, despistam-se indicadores de sensibilidade materna, de vinculação insegura e de perturbação de vinculação, devidamente diferenciados em função das várias faixas etárias. Estes aspetos são marcadores que ajudam a perceber a qualidade da relação de vinculação que está a ser estabelecida, pelo que a utilização do guia em diversos momentos dará uma perspetiva desenvolvimental do processo. É essencial que sejam observadas interações entre a criança e os prestadores de cuidados em várias ocasiões para que possa reunir-se informação suficiente para a avaliação.

As competências parentais

A quarta dimensão centra-se na avaliação das competências parentais. Sendo a face visível do comportamento parental, as competências decorrem de um processo dialético entre a capacidade parental e os mediadores afetivos e cognitivos e têm um caráter iminente transitório. Ou seja, as competências parentais são atualizadas ao longo do desenvolvimento da criança (Paquette, 2004), em função da sua idade e das suas características. A questão essencial consiste em saber se a forma como está a ser exercido o papel parental favorece ou não o desenvolvimento da criança, incidindo as questões colocadas em competências gerais, essenciais em todas as etapas do desenvolvimento, e em competências específicas de determinadas faixas etárias. É a partir da análise desta dimensão que poderão ser identificadas necessidades específicas que fundamentem eventuais intervenções no âmbito da educação parental.

O controlo dos impulsos

O controlo dos impulsos é entendido como um mediador afetivo que afeta a forma como é exercido o papel parental e que pode traduzir-se num risco acrescido para a

ocorrência de mau trato e/ou para a incoerência nas atitudes e comportamentos parentais. Nesta dimensão avalia-se a forma como o prestador de cuidados interage face a constrangimentos colocados pela criança e pelo meio, dado saber-se que é nas situações de frustração que esta competência emocional se torna mais relevante. Uma dificuldade a este nível traduzir-se-á no recurso automatizado a estratégias focadas apenas na regulação das emoções do prestador de cuidados sem ter em conta o outro (criança ou adulto) com quem interage (Dix, 1991). Tais estratégias, geralmente coercivas e não empáticas ou cooperativas, destinadas a promover um sentimento de bem-estar perante a ansiedade provocada por um determinado stressor, podem diminuir a ansiedade mas não correspondem a comportamentos que possam ser modelos positivos para a criança, nem promotores do seu desenvolvimento saudável.

A aceitação da responsabilidade

A aceitação da responsabilidade é entendida como um mediador cognitivo na medida em que o processo de reconhecimento do impacto do comportamento parental nos diferentes contextos relacionais, e muito especialmente na qualidade do desenvolvimento e bem-estar da criança, é fundamental para que possa ter lugar um processo de mudança comportamental. É importante referir que esta dimensão não aponta para um julgamento moral, nem para a formulação de um pedido de ajuda voluntário, mas antes para a aceitação do facto de que como prestador principal de cuidados o seu comportamento afeta a criança, não obstante as razões que o possam justificar. Nesta dimensão avalia-se a forma como o prestador de cuidados aceita ou não essa responsabilidade, quer a nível verbal, quer em termos comportamentais, e se mobiliza ou não para agir de forma diferente e mais adequada à satisfação das necessidades da criança.

Os fatores pessoais que afetam a capacidade parental

O estado psicológico do prestador de cuidados, limitações cognitivas, abuso de substâncias ou envolvimento em situações de violência doméstica, podem limitar a capacidade parental. Trata-se, nesta dimensão, de estimar o que, no plano pessoal, constitui um “trunfo” ou um obstáculo ao exercício do papel parental. Inclui-se a identificação de algumas características da estrutura psíquica que podem, inclusive, constituir indicadores de psicopatologia, razão pela qual se fez corresponder esta dimensão à área da estrutura psíquica pessoal no Modelo Funcional do Comportamento Parental. Contudo, a informação aqui obtida não é suficiente para efetuar um diagnóstico clínico relativamente a nenhuma entidade nosológica. É, no entanto, uma dimensão muito importante para fundamentar a tomada de decisões relativas à pertinência de acompanhamentos subsequentes no âmbito da saúde mental. Note-se ainda que a presença de fatores que afetam a capacidade parental de forma crónica, ou de vários fatores em simultâneo, remete para processos de mudança muito longos, de grande complexidade e de prognóstico reservado, o que deve ser lido à luz das necessidades da criança e do *timing* apertado para a sua satisfação.

A rede social

A oitava dimensão é a rede social do prestador de cuidados (modificadores relacionais). Trata-se de avaliar a presença e a qualidade das ligações pessoais e sociais que podem constituir um apoio ao papel parental, o que será especialmente determinante quando os recursos individuais não são suficientes para assegurar as necessidades da criança. Nesta dimensão avaliam-se três aspetos essenciais: quem integra a rede social

dos pais/prestadores de cuidados, que modos de relacionamento são mais utilizados e que tipos de apoio se obtêm.

A história de acesso aos serviços

A nona e última dimensão que integra o guia é a história de acesso aos serviços (modificadores relacionais), onde se procura conhecer a utilização que os pais/prestadores de cuidados fizeram dos serviços que lhes foram oferecidos no passado. Isto é importante para: 1) fundamentar o prognóstico relativo à capacidade dos pais de aproveitarem os serviços atuais com vista a suscitar mudanças no exercício do papel parental; 2) avaliar a pertinência da forma como os serviços são disponibilizados. São avaliados aspetos como a possibilidade de aliança terapêutica, a perceção dos pais acerca das intervenções, a utilização que fizeram das mesmas e as mudanças suscitadas, quer do ponto de vista dos pais, quer dos diferentes serviços em causa. Este confronto de perspetivas ajuda a diferenciar entre o que se passou na realidade e o que corresponde a mecanismos de defesa dos pais.

Escala de prognóstico de mudança

Esta escala é constituída por um conjunto de itens, relacionados com cada uma das dimensões referidas, cuja avaliação, centrada numa perspetiva evolutiva (e.g., aparecimento recente dos problemas ou situação crónica; desenvolvimento da criança pouco/nada alterado ou alterado), aponta para uma de duas hipóteses prognósticas: potencial de mudança encorajador ou alto risco de cronicidade, ajudando a estimar as probabilidades de mudança nos pais e, mais especificamente, se serão capazes de fazê-lo de forma a permitir à criança retomar o seu desenvolvimento e evitar/superar o aparecimento de sequelas.

Perfil da capacidade parental

As classificações atribuídas a cada uma das 9 dimensões (recurso principal, recurso secundário, dificuldade secundária e dificuldade principal) e a hipótese prognóstica apontada como mais provável constituem o perfil da capacidade parental, sintetizando os resultados da avaliação efetuada. A partir do mesmo poder-se-á perceber em que dimensões se situam os recursos e as dificuldades dos prestadores de cuidados, de forma a fundamentar o plano de intervenção. A utilização do guia em diferentes momentos permite monitorizar a evolução dos pais/prestadores de cuidados avaliados, sendo sensível aos progressos que venham a ocorrer ao nível do comportamento parental.

As áreas avaliadas e a metodologia de avaliação proposta pelo Guia abarcam a complexidade ecológica do exercício da parentalidade e possibilitam a planificação de uma intervenção em rede com vista à promoção da parentalidade positiva. O instrumento foca as características dos prestadores de cuidados e da relação entre estes e a(s) criança(s) e centra a avaliação nos comportamentos parentais específicos e nas suas implicações para o desenvolvimento de cada criança, duas qualidades essenciais das avaliações úteis e informadas acerca do comportamento parental (Budd, 2001).

Procedimentos

Este estudo de fiabilidade integrou 5 momentos distintos: (1) formação dos profissionais (7 horas) acerca do Guia, nomeadamente sobre o seu enquadramento, utilização e aplicação a um caso prático; a versão utilizada na formação já continha as alterações decorrentes do estudo da sua validade ecológica (Pereira & Alarcão, 2013) para o contexto de proteção à infância português; (2) reunião de partilha da informação de que os profissionais envolvidos (equipa do CDSS-EMAT ou CPCJ e equipa do CAT) dispunham, sobre cada caso, tendo como referência as dimensões de avaliação propostas

pelo Guia. Esta reunião foi gravada em vídeo e áudio; (3) preenchimento independente dos guias por parte de cada equipa e da investigadora, primeira autora deste trabalho, num total de 3 guias preenchidos para cada caso; (4) identificação das questões-resumo e das decisões em que houve acordo e desacordo entre os profissionais e a investigadora; (5) reunião de clarificação do (des)acordo, na qual foram explicitadas as razões das divergências existentes e encontradas e fundamentadas posições consensuais. Esta reunião foi também gravada em vídeo e áudio.

Existiram, portanto, dois momentos de verificação do acordo: M1, após o preenchimento independente do guia, e M2, após a reunião de análise e reflexão sobre o (des)acordo. O tempo que mediou estes dois momentos variou entre 2 e 9 meses, dependendo dos ritmos de trabalho de cada equipa e da disponibilidade de agenda. A análise destes dois momentos permitiu refletir sobre as seguintes questões: a) a informação comum de que se dispunha permitiu chegar a respostas (questões-resumo) e decisões de conteúdo concordantes entre os três avaliadores em M1? b) as divergências observadas deveram-se a falta de compreensão/domínio do instrumento, diferença de referenciais que fundamentam o juízo clínico dos avaliadores, ou outras? c) como evoluiu o acordo inter-avaliadores entre os dois momentos? Tal evolução deveu-se à natureza da informação disponível ou à clarificação de conteúdos do próprio instrumento? d) em que dimensões houve menos acordo e como é que tal pode ser explicado? e) o instrumento deve sofrer alterações que promovam o aumento do acordo inter-avaliadores? Em caso afirmativo, quais?

Resultados

Para M1 e M2, foi calculada a percentagem de respostas consensuais (total ou parcialmente) e discordantes para as questões-resumo e decisões classificativas em cada

dimensão de avaliação. A percentagem de respostas consensuais (total ou parcialmente) e discordantes foi calculada de acordo com a matriz apresentada no quadro 2.

Quadro 2

Matriz de definição do acordo entre os 3 avaliadores, A1, A2 e A3

Tipo de acordo	A1	A2	A3
Acordo total	x	x	x
Acordo parcial	x	x	-
Acordo parcial	x	x	y
Desacordo	x	y	z
Desacordo	x	y	-
<i>Missing case</i>	x	-	-

O valor do acordo é apresentado percentualmente no quadro 3.

Da análise dos 3 guias preenchidos relativamente a cada um dos 10 casos e dos registos vídeo e áudio das reuniões, constatou-se que as respostas dos participantes às questões-resumo² foram totalmente concordantes na maioria dos casos, ou seja, a partilha das informações na 1ª reunião conjunta permitiu alcançar um acordo total médio (T) de 54% em M1 e de 93% em M2. Note-se que os restantes 46% de respostas em M1 incluem sobretudo acordos parciais como decorre da observação do quadro 3. Constatou-se que as dimensões que em M1 geraram um valor de acordo inter-avaliadores mais baixo foram as pertencentes à área das relações pais-filhos (D3 e D4, respetivamente “vinculação” e “competências parentais”) e rede social.

² Vide anexo C: Acordo inter-profissionais por questão e decisão de classificação.

Quadro 3

Acordo inter-avaliadores nas questões e classificação de cada dimensão de avaliação (n=10)

Dimensão de avaliação	Questões									Decisão/Classificação								
	Mc (n=10)			% acordo - questões						Md (n=23)			% acordo –decisão/classificação					
			M1			M2			M1			M2						
	M1	M2	T	P	D	T	P	D	M1	M2	T	P	D	T	P	D		
D1 Contexto	Q1(O)	0	0	100	0	0	100	0	0									
	Q2 (JC)	0	0	40	60	0	70	30	0									
	Q3 (JC)	2	0	50	50	0	90	10	0	0	0	90	10	0	100	0	0	
	Q4 (M)	0	0	60	40	0	100	0	0									
	Q5 (JC)	0	0	70	30	0	100	0	0									
	Média			64			92											
D2 Saúde e desenvolvimento da criança	Q1 (O)	0	0	90	10	0	100	0	0									
	Q2 (O)	0	0	80	10	10	100	0	0	0	0	90	10	0	100	0	0	
	Média			85			100											
D3 Vinculação	Q1 (JC)	4	1	50	50	0	100	0	0									
	Q2 (O)	2	1	50	38	12	78	22	0									
	Q3 (O)	0	0	50	10	40	100	0	0									
	Q4 (JC)	4	2	17	83	0	100	0	0	2	0	60	30	10	100	0	0	
	Q5 (JC)	2	2	38	50	12	88	12	0									
	Q6 (O)	0	0	20	80	0	100	0	0									
	Média			38			94											
D4- Competências parentais	Q1 (JC)	1	0	11	89	0	90	10	0									
	Q2 (JC)	1	0	44	56	0	100	0	0									
	Q3 (M)	2	1	25	75	0	89	11	0	4	0	40	60	0	90	10	0	
	Q4 (M)	3	1	43	57	0	100	0	0									
	Média			31			95											
D5 - Domínio dos impulsos	Q1 (O)	2	0	38	62	0	80	20	0									
	Q2 (JC)	1	0	33	67	0	80	20	0									
	Q3 (O)	1	1	67	33	0	100	0	0	3	0	40	60	0	100	0	0	
	Média			46			87											
D6 - Reconhecimento da responsabilidade	Q1 (JC)	0	0	60	40	0	90	10	0									
	Q2 (JC)	0	0	50	40	10	90	10	0									
	Q3 (O)	1	0	67	33	0	90	10	0	1	0	70	30	0	90	10	0	
	Q4 (O)	0	0	100	0	0	100	0	0									
	Média			69			93											
D7-Fatores que afetam as capacidades parentais	Q1 (JC)	0	0	70	30	0	100	0	0									
	Q2 (JC)	0	0	60	40	0	100	0	0									
	Q3 (O)	1	0	67	33	0	90	10	0									
	Q4 (JC)	1	0	44	44	12	90	10	0	2	0	60	40	0	100	0	0	
	Q5 (O)	1	1	56	44	0	100	0	0									
	Q6 (JC)	0	0	80	20	0	100	0	0									
	Média			63			97											
D8 -Rede Social	Q1 (JC)	2	1	38	50	12	56	44	0									
	Q2 (O)	1	0	33	67	0	100	0	0	4	0	60	40	0	90	10	0	
	Q3 (M)	0	0	40	50	10	80	20	0									
	Média			37			79											
D9-História de acesso aos serviços	Q1 (M)	1	0	44	44	12	90	10	0									
	Q2 (M)	2	1	38	62	0	100	0	0									
	Q3 (M)	4	0	50	50	0	100	0	0	4	0	50	50	0	100	0	0	
	Q4 (M)	8	1	100	0	0	100	0	0									
	Média			58			98											
Média de acordo total(%)			54			93			62			97						

Nota. Q-questão; mc-missing cases; md-missing decisions; T-acordo total; P-acordo parcial; D-desacordo; M1- momento de preenchimento independente do guia; M2- momento de verificação do acordo; O – Observação; JC – Juízo Clínico; M – Mudança

A falta de acordo entre os participantes deveu-se sobretudo a 3 ordens de razões: (1) incorreta interpretação das questões-resumo, (2) consideração da informação recolhida pelo próprio profissional e não da informação partilhada pelos vários profissionais e (3) sobrevalorização da experiência individual em detrimento da ponderação do significado de visões divergentes.

Mais especificamente, e relativamente ao primeiro tipo de razões, constatou-se que nas dimensões vinculação (D3), fatores que afetam a capacidade parental (D7) e história de acesso aos serviços (D9) a falta de acordo decorreu da incorreta interpretação das questões-resumo por parte de alguns participantes. Em D3 (Q1, Q3, Q4 e Q6) e em D7 (Q1 e Q4) os participantes responderam sem ter presente as respostas que já haviam dado aos diferentes itens de avaliação da dimensão, o que reflete a necessidade de mais treino na utilização do instrumento. Foi sugerido pelos participantes que estas questões-resumo pudessem incluir a referência à subsecção da dimensão para a qual remetem. Em D3, a questão Q5 remete para a possibilidade de se aprofundar a avaliação da vinculação entre a criança e o prestador de cuidados através da utilização de instrumentos específicos para este objetivo; observou-se que vários participantes não conheciam os mesmos, pelo que se equaciona a possibilidade de alterar a questão, focando-a na necessidade de aprofundar a avaliação, mas sem nomear instrumentos. Na dimensão acesso aos serviços (D9, Q4), muitas equipas responderam à questão-resumo focando-se no que potenciaria a adesão à proposta de intervenção e não no que a dificultaria. Quando a forma de utilização do instrumento ou os conceitos para os quais as questões remetem foram clarificados, em M2, alcançaram-se níveis muito elevados de acordo (de 90 ou 100%).

Relativamente ao segundo tipo de razões, foi frequentemente apontado por alguns profissionais que não tinham desenvolvido procedimentos de avaliação, nomeadamente de observação de interações, que lhes permitissem responder às questões colocadas nas

dimensões vinculação e competências parentais. Contudo, a informação partilhada fora suficiente para permitir responder às questões-resumo, o que significa que a equipa que não recolheu certa informação não utilizou a nova informação que obteve na 1ª reunião. Quando na 2ª reunião se voltou a ter em conta a informação partilhada chegou-se a acordo em mais de 90% das situações. O acordo parcial ou o desacordo total foram mais motivados pela atitude dos técnicos, de não integrarem a informação que lhe foi facultada por outros profissionais, do que por características ou insuficiências do próprio guia.

Alguns dos desacordos parciais (D5-domínio dos impulsos, D6-reconhecimento da responsabilidade) que persistiram em M2 deveram-se à sobrevalorização do conhecimento individual dos participantes junto dos prestadores de cuidados, expresso em argumentos como “comigo foi assim” ou “a mim disse-me outra coisa”, em detrimento da ponderação do significado de visões divergentes apresentadas pelos colegas.

Perante este tipo de desacordos, analisou-se a sua relação com os níveis de inferência clínica, a partir da tipologia de Tippins e Wittmann (2005), tendo-se procedido à categorização das questões em três níveis: observação, juízo clínico e mudança (quadro 3). Verificou-se que as que geraram mais acordo foram as questões de observação, seguidas das de mudança e em terceiro lugar as de juízo clínico. Os desacordos em questões de observação estiveram associados sobretudo a erros na utilização do instrumento ou à não consideração de informação partilhada, alcançando-se um acordo muito próximo de 100% em M2. Os que ocorreram em questões de juízo clínico e mudança associaram-se à sobrevalorização da visão individual do profissional. Tendo em conta o tipo de desacordos observado, equaciona-se a hipótese de as inferências relacionadas com a mudança não estarem devidamente fundamentadas, podendo constituir-se como fonte de erros de avaliação. É de salientar que se observou um maior

número de questões não respondidas ou decisões não assinaladas (*missing cases e missing decisions*) precisamente nas dimensões mais assentes nos níveis superiores de inferência clínica (juízo clínico e mudança)

As razões acima apontadas refletiram-se na percentagem de acordo total obtida, ou seja, obteve-se menor acordo total na decisão (em M1) nas dimensões em que também se havia verificado menor acordo total nas questões-resumo. Tal mostra que os critérios de decisão são suficientemente sensíveis para espelhar a qualidade das respostas dadas às questões-resumo que integram cada dimensão. Note-se que em D4, D5, D8 e D9, três a quatro participantes não assinalaram a decisão por considerarem, tal como nas questões-resumo, que não dispunham de informação suficiente, na medida em que não estavam a considerar a informação partilhada. Em M2, e após análise da informação partilhada, obtiveram-se percentagens de acordo total entre os 90% e os 100%. As diferenças entre os dois momentos espelham a evolução ocorrida ao nível das questões-resumo, visto que estas e a respetiva classificação a atribuir à dimensão estão profundamente interligadas.

Conclusões

Ainda que este estudo tenha incluído um número reduzido de casos (10), o que limita a possibilidade de generalização dos seus resultados, a riqueza das discussões e a densidade de informação recolhida afiguram-se como suficientes para fundamentar as reflexões e conclusões que a seguir se detalham.

O *design* do estudo pretendeu aproximar-se daquilo que seriam as práticas ideais de articulação interinstitucional, passando pela partilha e análise conjunta da informação. Considera-se que o baixo valor de acordo total obtido em M1, poderá ser explicado por, habitualmente, as reuniões inter-serviços focarem sobretudo os níveis de inferência de observação e mudança, sendo menos comum a construção de juízos clínicos comuns. Ora

o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais requer que os profissionais utilizem o juízo clínico quer para dar significado às observações realizadas, quer para fundamentar processos de intervenção/mudança subsequentes. Este estudo permitiu compreender que existe um déficit de discussão clínica dos casos e de reflexão acerca da intervenção desenvolvida, eventualmente devido a insuficiências ao nível da própria formação dos profissionais.

Por outro lado, e no que respeita à intervenção, é comum que as reuniões inter-serviços entre profissionais que trabalham com crianças acolhidas, se centrem sobretudo na definição do projeto de vida da criança e menos no processo de mudança dos pais ou prestadores de cuidados. Acresce que as próprias práticas institucionais ainda não são unânimes em considerar que a intervenção com os prestadores de cuidados é parte integrante dos serviços que prestam às crianças e famílias. Compreende-se assim que se tenham observado muitas lacunas de informação na dimensão 9, uma vez que a mesma remete para essa reflexão acerca do serviço disponibilizado. Ora o Guia em análise “obriga” os profissionais a focar-se no prognóstico de evolução do comportamento parental e nas suas implicações para o desenvolvimento da criança, oferecendo-se como um instrumento que leva os profissionais para além das fundamentações assentes nas implicações do comportamento parental passado no futuro da criança. Assim, considera-se que este estudo colocou um novo desafio conceptual aos profissionais, o de partilhar informação e refletir sobre ela, ao qual os mesmos aderiram permitindo alcançar um acordo bastante elevado em M2.

Os valores de acordo de 93% nas respostas às questões-resumo e de 97% nas decisões, permite concluir que o instrumento utilizado se apresenta como potencialmente fiável para a avaliação das capacidades parentais no contexto de proteção à infância. A análise exposta aponta para três estratégias que poderão potenciar tal fiabilidade. A

primeira será introduzir no instrumento as alterações sugeridas (e.g, incluir nas questões-resumo a referência da subsecção da dimensão para a qual remetem diretamente), de forma a facilitar a sua correta utilização. Em segundo lugar será igualmente importante aumentar o tempo de formação/treino acerca da utilização do instrumento (prévio à sua aplicação), de forma a diminuir erros decorrentes da sua incorreta compreensão, ou dos conceitos associados. Em terceiro lugar, e para além da formação, a supervisão dos profissionais (entendendo a mesma como uma forma de metacomunicação) no que toca ao processo de avaliação (tal como esquematizado na figura 1) seria outra das formas de maximizar tal fiabilidade, uma vez que permitiria obviar eventuais enviesamentos no processo, promovendo o reconhecimento de um conjunto semelhante de práticas de avaliação por parte dos diferentes intervenientes, a reflexão sobre o significado de informação divergente e uma maior integração dos juízos clínicos nos pareceres relativos à mudança e intervenção nas situações. Refira-se que a reunião M2 foi referida pelos profissionais como um momento no qual foi possível repensar o caso de forma integrada, o que frequentemente não têm oportunidade de fazer na sua prática profissional. Como referem Kottner et al. (2011, p.3), a fiabilidade e o acordo “não são propriedades fixas dos instrumentos (...), são o produto das interações entre os instrumentos, os sujeitos/objetos, e o contexto da avaliação”.

Referências Bibliográficas

- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafios invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa
- Belsky, J. (1993) Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434. doi: 10.1037/0033-2909.114.3.413

- Belsky, J., & Vondra, J. (1989) Lessons from child abuse: The determinants of parenting. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.) *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp.153-202). New York: Cambridge University Press.
- Brandon, M., Bailey, S., Belderson, P., Gardner, R., Sidebotham, P., Dodsworth, J., Warren, C., & Black, J. (2009). *Understanding serious case reviews and their impact: A biennial analysis of serious case reviews 2005-07*. DSCF research report number DSCF-RR129. Retrieved from <https://www.education.gov.uk/publications/standard/publicationdetail/page1/DSCF-RR129>
- Budd, K. S. (2001). Assessing parenting competence in child protection cases: A clinical practice model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 1-18.
- Carlson, C. I. (1989). Criteria for family assessment in research and intervention contexts. *Journal of Family Psychology*, 3(2), 158-176.
- Department of Health (2000). *Framework for the assessment of children in need and their families*. London: The Stationery Office.
- De Rancourt, L., Paquette, F., Paquette, D., & Rainville, S. (2006) *Guide d'évaluation des capacités parentales: Adaptation du guide de Steinhauer: 0 à 5 ans* (3éd.). Montréal: Centres Jeunesse de Montréal.
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110(1), 3-25.
- Kottner, J., Audigé, L., Brorson, S., Donner, A., Gajewski, B. J., Hróbjartsson, A., . . . Streiner, D. L. (2011). Guidelines for reporting reliability and agreement studies (GRRAS) were proposed. *Journal of Clinical Epidemiology* 64(1), 96-106. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.03.002

- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Paquette, F. (2004). *À chaque enfant son projet de vie permanent: Un programme d'intervention*. Montréal: Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire.
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2010). Avaliação da parentalidade no quadro da proteção à infância. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 499-517.
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2013). *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo de validade ecológica*. Manuscrito submetido para publicação.
- Respler-Herman, M., Mowder, B., Yasik, A., & Shamah, R. (2012). Parenting beliefs, parental stress, and social support relationships. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 190-198. doi: 10.1007/s10826-011-9462-3
- Rodriguez, C. M., & Richardson, M. J. (2007). Stress and anger as contextual factors and preexisting cognitive schemas: Predicting parental child maltreatment risk. *Child Maltreatment*, 12(4), 325-337. doi: 10.1177/1077559507305993
- Scaife, J. (2013). *Deciding children's futures: An expert guide to assessments for safeguarding and promoting children's welfare in the family court*. Hove: Routledge
- Service de Protection de la Jeunesse (2008). *Référentiel d'évaluation du danger encouru par l'enfant et des compétences parentales*. Canton de Vaud: Département de la formation, de la jeunesse et de la culture - Service de protection de la Jeunesse.
- Steinhauer, P., Leitenberger, M., Manglicas, E., Pauker, J., Smith, R., & Gonçalves, L. (1993). *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Toronto: L'Institut pour la Prévention de l'enfance maltraitée
- Tippins, T. M., & Wittmann, J. P. (2005). Empirical and ethical problems with custody recommendations. *Family Court Review*, 43(2), 193-222.

2.3 L'Attachement et la Capacité Parentale: Implications pour le processus d'évaluation dans le contexte de la protection de l'enfance*

Dora Pereira & Madalena Alarcão

Résumé

Cet article approche le concept d'attachement dans le contexte de l'évaluation des capacités parentales à la protection de la jeunesse. Il analyse le lien entre l'attachement et la capacité parentale, ainsi que leur pertinence dans le processus de décision sur l'adéquation des contacts parents-enfants et sur les modalités des interventions axées sur cette relation. La dimension de l'attachement incluse dans le Guide d'Évaluation des Capacités Parentales est proposée comme un outil organisateur, à la suite des résultats d'une étude exploratoire de la fiabilité du Guide au Portugal. Sont discutées les difficultés d'accord inter-juges, résultants d'une connaissance faible des concepts et des stratégies d'évaluation de l'attachement, ainsi que de l'intégration des informations recueillies par différents professionnels, et suggérées quelques implications pour l'intervention.

Mots clés: évaluation; attachement; protection de l'enfance; capacité parentale ; fiabilité.

Abstract

This study aims to approach the attachment' assessment on the parental capacities evaluation scope in child protection context. It's detailed the relation between attachment and parental capacity, and the relevance to the decision making process about future contacts or parent-child' interventions. The attachment dimension, part of the Parental Capacities Evaluation Guide is proposed as an assessment organizing tool, through the results of an exploratory study about its reliability, on what it refers to attachment. Are discussed the inter-rater agreement difficulties resulting from slightest knowledge of concepts and assessment strategies and integration of information collected by other professionals, and are suggested some implications to practice.

Keywords: assessment; attachment; child protection; parenting capacity; reliability.

* Artigo submetido à revista *Enfances Familles Générations*. O artigo está organizado de acordo com as normas da revista.

1. Introduction

Selon le modèle bio-écologique (Bronfenbrenner et Evans, 2000), la relation parent-enfant est le contexte qui influence le plus directement la qualité de l'évolution du développement de l'être humain. Celui-ci étant un processus proximal, l'attachement est défini par Bowlby (1969) comme le produit des comportements qui visent chercher et maintenir la proximité d'une personne en particulier, pour assurer à la fois, les besoins de protection et d'exploitation. Au cours des dernières années, plusieurs recherches scientifiques ont démontré des corrélations entre la croissance des processus neurophysiologiques et l'attachement (Barudy et Dantagnan, 2010; Glaser, 2000; Perry, 2012; Twardosz et Lutzker, 2010) et ses incidences sur le développement de l'enfant. La complexité de la relation d'attachement augmente lorsqu'on prend en compte deux aspects: d'une part, la reconnaissance du fait que l'enfant peut avoir une hiérarchie des relations d'attachement qu'il utilise selon les contextes dans lesquels il peut obtenir différents niveaux de protection, sécurité et soins (Crittenden, 1990; Holmes 1993 cit. par Kulkarni, 2012); d'autre part, la compréhension des effets cumulatifs des relations avec différentes figures parentales dans le fonctionnement du système d'attachement, comme il arrive souvent avec les enfants soumis à des mesures de protection (Baker, 2003; Steinhauer, 1991). Néanmoins, il est admis que la façon dont les figures parentales assurent les besoins des enfants, notamment en termes de disponibilité émotionnelle, acceptation, sensibilité et réponse (système de prestation de soins) (Cassidy 1999, cit par Schmidt *et al.*, 2007; Solomon et George, 1996; Swain *et al.*, 2012), témoigne de la qualité du lien établi et détermine le pattern d'attachement que l'enfant va développer (Baker, 2003). Le système d'attachement est bien relié, de façon complémentaire, au système de prestation de soins: il est nécessaire que les figures parentales protègent et s'occupent de l'enfant, pour qu'il puisse développer une représentation de ces personnes

comme des protecteurs et des soignants; cette dimension de la capacité parentale, basée sur leurs propres expériences d'attachement (Cyr *et al.*, 2012), agira comme structure sur laquelle les compétences parentales vont s'opérationnaliser.

Les situations de maltraitance qui légitiment et exigent l'intervention des services de protection de l'enfance mettent en cause les deux dimensions, la compétence et la capacité parentale (Cyr *et al.*, 2012), en ce que la relation entre les figures parentales et l'enfant devient un facteur de risque pour son développement (Glaser, 2000). Adshead et Bluglass (2001:398), qui considèrent que «la maltraitance des enfants doit être entendue, au moins en partie, comme un échec des soins parentaux, en raison de l'insécurité de l'attachement des parents», analysent les effets de cette insécurité par une capacité amoindrie à s'occuper d'un enfant dépendant, puisqu'elle peut soulever des comportements anxieux, du rejet, de la colère, de l'agressivité ou de retrait, au lieu de comportements bienveillants. D'autres auteurs ont confirmé une association entre la maltraitance des enfants et la qualité du système d'attachement (Pezzot-Pearce et Pearce, 2004), en soulignant le lien entre l'attachement désorganisé et les expériences d'abus dans l'enfance (Barudy et Dantagnan, 2005, 2010). Il s'ensuit que c'est dans le lien entre les systèmes d'attachement et de prestation de soins que se concentre le mécanisme de la transmission transgénérationnelle de l'attachement (Bouchet *et al.*, 2011 ; van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg, 1997), essentiel pour la compréhension de son fonctionnement.

L'expérience continue de traumatisme peut altérer de façon décisive le développement de la structure des neurones qui se constitue tôt dans la vie, parce que l'enfant n'est pas exposé aux expériences nécessaires et appropriées pour sa bonne évolution (Glaser, 2000). Cela affecte particulièrement le système de réponse aux situations stressantes, faisant en sorte que les enfants développent un état

d'hypervigilance, qui se traduit par une agitation motrice, une difficulté de concentration, une attention limitée, de l'impulsivité, un manque d'empathie et de l'anxiété persistante (*idem*), qui perturbent l'établissement des relations interpersonnelles et les processus d'apprentissage. A moyen et long terme sont observés, chez les enfants victimes d'abus, des retards de développement, des troubles d'apprentissage et diverses formes de psychopathologie (comme la dépression, les troubles anxieux ou des troubles de la personnalité) (Cicchetti et Rogosch 1994 ., cit par Adshead et Bluglass, 2001; Barudy et Dantagan, 2005). Pour corriger ces effets, il faut du temps et de la cohérence, et l'impact du traitement ne se fait pas sentir peu de temps après le retrait de l'enfant d'une situation dangereuse.

Sachant que les conséquences des situations d'abus sont beaucoup plus négatives en bas âge, et d'autant plus sérieuses si elles ont eu lieu à plusieurs reprises dans la vie de l'enfant (Perry, 2012), l'intervention implique souvent des décisions sur la rupture définitive des contacts entre les parents et les enfants en favorisant la création de nouveaux liens avec des nouvelles figures parentales.

Les interventions dans le domaine de la protection de l'enfance devront être initiées le plus tôt possible (que ce soit par rapport à la prévention des situations de risque ou à l'intervention en situation de danger) et se maintenir avec cohérence pour permettre de surmonter ces séquelles. Depuis que nous savons que l'attachement sécurisé apparaît comme un facteur de protection déterminant du développement de l'enfant (Barudy et Dantagnan, 2005; Cyr *et al.*, 2012; Kulkarni, 2012), l'évaluation des relations d'attachement entre les enfants et les figures parentales est particulièrement importante dans les contextes de protection de l'enfance (Adshead et Bluglass, 2001; Baker, 2003; Cleaver *et al.*, 2011; Howe, *et al.*, 1999; Pezzot-Pearce et Pearce, 2004), et pour répondre

à la question «sera ce père / mère / figure parentale capable de prendre soin de cet enfant, en assurant leurs différents besoins ?"»

Dans cet article nous ferons part de quelques-unes des limites couramment observées en ce qui concerne l'évaluation de l'attachement, par la même occasion nous suggérerons des lignes directrices ainsi qu' un outil pour développer une évaluation plus étendue des capacités parentales. Enfin nous présenterons les résultats d'une étude exploratoire de la fiabilité du Guide d'Évaluation des Capacités Parentales (De Rancourt et al., 2006; Pereira et Alarcão, 2013a) particulièrement en ce qui concerne à la dimension de l'attachement, et les conclusions ayant trait à leur applicabilité et à la conduite du processus d'évaluation.

1.1 Les forces et les limites de l'évaluation de l'attachement

L'évaluation des relations d'attachement est essentielle étant donné l'ampleur de ses conséquences, au niveau du fonctionnement psychologique individuel et des relations interpersonnelles, et même sur le plan intergénérationnel. En contribuant à la dimension diachronique de l'évaluation de la capacité parentale, leurs résultats seront très précieux dans l'analyse de cas et pour la justification des interventions futures, bien intégrés avec d'autres variables contextuelles et du fonctionnement individuel. Cependant, son utilisation peut devenir abusive si elle comporte des erreurs de conception ou découlant de la conduite du processus d'évaluation.

Dans la pratique de la protection de l'enfance au Portugal, il y a des discours et des pratiques professionnelles qui empêchent un examen adéquat de l'attachement et leurs incidences sur le développement des enfants et des jeunes. Dans le discours professionnel, on confond souvent l'attachement et la manifestation de tendresse ou d'intérêt pour l'enfant. Cependant, le système de prestation de soins (*caregiving*) ne se

limite pas à des expressions d'affection ou l'établissement d'un contact par téléphone, ou même une visite mensuelle à un enfant accueilli, par exemple; il implique une disponibilité émotionnelle, une acceptation, une sensibilité et responsivité en relation avec l'enfant, nécessitant que la figure parentale soit activement présent dans la vie de l'enfant. Ce discours reflète aussi le manque de différenciation des différents patterns d'attachement, et l'expression «l'enfant est étroitement liée à ses parents» est positivement utilisée comme synonyme d'attachement sécurisant. Dans la plupart des occasions, elle correspond davantage aux difficultés de séparation de la figure parentale dans le cadre d'un attachement insécurisant-ambivalent. D'un autre côté, dans des situations d'attachement désorganisé, le comportement agité de l'enfant est souvent considéré comme une façon de chercher l'attention des parents/figures parentales, mais il devrait être lu comme une réponse au comportement de ces figures qui se montrent parfois trop proches ou trop éloignés. L'intensité ou la fréquence des comportements de l'enfant, doit être interprétée comme des stratégies comportementales qui caractérisent les différents patterns d'attachement. Comme le dit Kulkarni (2012 :5) "la présence d'une liaison diffère de sa qualité. Les enfants établissent des relations d'attachement s'il ya quelqu'un avec qui interagir, même s'ils sont maltraités".

Au niveau de la pratique professionnelle, on constate que, dans beaucoup de situations, les professionnels se réfèrent au système d'attachement sans avoir observé des interactions entre les parents et les enfants. C'est à dire, des conclusions sont tirées axés sur les caractéristiques des parents ou des figures parentales (inclus en ce qui concerne son histoire d'attachement) ou les caractéristiques de l'enfant, en perdant l'idiosyncrasie de la dyade en évaluation. Néanmoins, trop souvent les professionnels ne sont pas au courant des représentations des parents sur leur propre enfance, et fondent leur jugement sur les informations contenues dans les dossiers des différents services, en particulier

dans les situations de familles multiproblématiques. En général les professionnels eux-mêmes mentionnent n'avoir pas une formation suffisante par rapport à l'attachement parents-enfants, de sorte que l'on s'attend à ce que les procédures d'évaluation ne seront pas très détaillées. De plus, on considère que ça va nuire sérieusement à la qualité des évaluations et des recommandations qui en découlent.

Souvent, les dynamiques institutionnelles ne permettent pas que telles observations soient faites dans des contextes appropriés pour que le système d'attachement peut être activé. La réalisation d'observations ponctuelles (une seule fois), ou très limitées dans le temps (Cyr *et al.*, 2012; Harnett, 2007), dans des espaces restreints qui ne font pas partie de la routine de l'enfant, ou simultanément avec d'autres dyades, ne s'avère pas utile, même si elles sont fréquentes. Cyr *et al.* (2012) soulignent également que la limite de ces évaluations découle souvent de l'utilisation de questionnaires ou d'entretiens et non de l'observation directe des interactions. Notez, à cet égard, dans le contexte des soins en établissement, il serait essentiel que la participation des parents/figures parentales fasse partie intégrante de la dynamique institutionnelle et ne soit plus considérée comme une simple visite à l'enfant.

1.2 Recommandations pour le processus d'évaluation

L'évaluation de l'attachement doit porter sur trois ordres d'indicateurs, (1) la façon dont les besoins de l'enfant sont respectés par les figures parentales, (2) la façon dont se comporte l'enfant, et (3) les modèles internes opérants que le parent a développé à partir de ses propres expériences avec ses parents/figures parentales. Dans le cadre de l'évaluation des capacités parentales, il sera important que ces trois indicateurs soient présents: soit le premier et le troisième axés sur le parent/s qui est /sont évalué/s et le second, axé sur l'enfant et ses comportements; agissant ainsi, l'évaluation permet que les

conclusions soient basées sur la spécificité dyadique des relations étudiées. Pour cela, il est nécessaire d'intégrer l'observation et l'évaluation du comportement de l'enfant, l'observation des interactions entre l'enfant et les figures parentales (de la perspective de l'observation participante, comme le disent Barudy et Dantagnan, 2010) et des entretiens avec ces figures parentales pour qu'on puisse approcher la représentation qu'ils ont internalisée de leur propre processus d'attachement.

Quelles sont les informations que devra recueillir le processus d'évaluation et quelles en sont les caractéristiques?

En ce qui concerne le premier indicateur, il est nécessaire que l'évaluation comporte des informations sur deux aspects principaux: (1) comment le parent/figure parentale interagit avec l'enfant dans des situations de stress (l'activation de système d'attachement), organise ses sentiments (Roman, 2011; Schmidt *et al.*, 2007) et aide, ou non, à reprendre ses activités (Cooper *et al.*, 2002), (2) sa sensibilité aux besoins de l'enfant (Pezzot-Pearce et Pearce, 2004) notamment, s'il est empathique (Barudy et Dantagnan, 2005), s'il le comprend suffisamment bien, s'il se montre motivé pour les satisfaire et s'il le fait adéquatement (Swain *et al.*, 2012). Lyons-Ruth, Bronfman et Atwood (1999), soulignent qu'il convient de noter si l'on observe des erreurs de communication affective, plus fréquentes chez les parents dont les enfants viennent de démontrer un attachement désorganisé, à savoir: (1) donner des signaux mixtes, ne pas répondre ou donner des réponses émotionnelles inappropriées, (2) sembler confus, désorienté ou effrayé avec les enfants, ou donner des réponses émotionnelles désorganisés; (3) manifester des comportements physiques ou verbalement intrusifs ou négatifs, (4) inverser les rôles ou sexualiser la relation avec l'enfant, et (5) s'éloigner de l'enfant ou ne pas s'approcher délibérément après une séparation. Il s'ensuit que, dans le contexte de placement en institution, les moments de «visite», caractérisés par contacts

dans des espaces très confinés, avec peu de stimuli et dans lesquelles il n'y a pratiquement d'espace / occasion pour que ce genre d'observations soient faites, seront peu utiles. L'observation des parents dans des contextes naturels ou au domicile, ou en placement mais avec l'intégration des parents dans les activités quotidiennes de l'enfant, permet des évaluations qui devront inclure moments de prestation de soins comme le bain, les repas, les routines de sommeil, et des moments de séparation / réunion. Il faut noter que dans les situations de faible stress, il peut ne pas être possible de distinguer les comportements organisés ou désorganisés des dyades parents-enfants (Schmidt *et al.*, 2007). Il est également essentiel que ces observations soient suffisamment longues (plus de 60 minutes) et se produisent à plusieurs reprises, soit plus de deux fois (*idem*).

Quant à l'enfant, l'évaluation du système de l'attachement est effectuée en utilisant des procédures largement étudiées comme la Situation Étrange (Ainsworth *et al.*, 1978) ou le Q-Sort (Watters, 1985; 1995). Néanmoins, la complexité de leur application et l'exigence de formation spécifique des professionnels rendent leur utilisation fréquente irréalisable lorsqu'il devient nécessaire d'élaborer stratégies d'évaluation qui s'intègrent plus facilement aux contextes cliniques et dans les circonstances de la vie des enfants et des familles. Dans le cadre de la protection de l'enfance, il est important, en particulier, de reconnaître les stratégies comportementales associées à chaque pattern d'attachement, établis ou en cours de développement, afin d'informer correctement la décision sur les stratégies d'intervention suivantes. Dans un temps futur, et dans le contexte spécifique de chaque mesure, il peut être nécessaire d'approfondir cette évaluation pour l'organisation et le développement des travaux de réparation / organisation des relations de l'enfant avec les parents/figures parentales.

Selon Pearce (2010), l'attachement se reconnaît dans les comportements qui servent à maintenir les parents physiquement, émotionnellement et cognitivement liés à l'enfant

pour faciliter une réponse de prestation de soins. Ainsi, Morales-Huet (2010) propose trois axes d'observation: i) la façon dont l'enfant cherche ou non du réconfort de la part de la figure parentale, ii) la confiance de l'enfant dans l'aide qu'il reçoit de la figure parentale et le degré de coopération entre eux, et iii) la capacité d'utiliser la figure parentale comme une base de sécurité pour explorer l'inconnu. Barudy et Dantagan (2010:174-5) opérationnalisent ces lignes d'observation, en proposant cinq indicateurs très spécifiques, dont la qualité varie en fonction de la configuration de l'attachement intériorisée par l'enfant (sécurisé, insécurisé évitant, insécurisé-ambivalent ou désorganisé): (1) l'ajustement de la distance, (2) l'orientation du corps, (3) le contenu et la forme des dialogues entre la figure parentale et l'enfant (4) l'environnement affectif, et (5) les réactions de l'enfant à la réunion avec la figure parentale après des périodes de séparation.

En ce qui concerne l'évaluation du modèle d'attachement intériorisé par les parents/figures parentales, des entretiens individuels axés sur les perceptions de l'histoire de leur vie et, plus précisément, la façon dont ils ont été soignés dans l'enfance, seront la stratégie principale de l'évaluation. La conduite de cette entrevue devrait être marquée par un environnement empathique, chaleureuse, sans émettre de jugements pour permettre au parent d'exprimer ses émotions. Pour approcher des questions tellement intimes que l'histoire de la vie et les modèles internes de l'attachement, l'entrevue ne saurait être tenue dans un format rigide, de type questionnaire, mais plutôt sous une forme plus souple pour suivre le rythme de l'intimé, en cherchant à comprendre la façon dont elle s'organise et donne un sens à sa narration. La qualité de réponses fournira des indicateurs importants pour l'évaluation en cours.

L'*Adult Attachment Interview* (George *et al.*, 1985) est l'outil de référence pour ce type d'évaluation, exigeant une formation spécifique. Dans le cadre de l'évaluation des

capacités parentales, et par des entretiens avec les caractéristiques mentionnées ci-dessus, on pourra obtenir indicateurs suffisants pour comprendre le modèle d'attachement intériorisé par les parents. Plus précisément, on pourra avoir accès à leurs expériences de l'enfance et de l'adolescence, et évaluer leur état mental et leur style discursif, tout en mettant l'accent sur leurs capacités empathique et réflexive. Un indicateur très positif sera la capacité d'intégration observable durant ces entretiens, c'est à dire, la capacité de la figure parentale à organiser en un tout cohérent sa propre histoire, à travers de différents états et processus mentaux tout au long des différents stades de développement (Siegel 2007, cit. par Barudy et Dantagan, 2010). Regardée comme «un processus neurologique qui permet à la ment humaine de remarquer les écarts entre les différents types et sources d'information» (Damásio, 1995, 2000, cit. par Farnfield pour 2008: 1091), l'intégration est considérée par Farnfield comme la voie par laquelle les parents utilisent l'information pour changer leur comportement, c'est-à-dire, comment ils prennent (ou non) en considération la complexité des influences qui les rendent ce qu'ils sont. Selon l'auteur, un fonctionnement intégré aide à faire face aux problèmes de santé mentale et aux difficultés découlant des problèmes d'attachement.

La dimension de l'attachement incluse dans le Guide d'Évaluation des Capacités Parentales (De Rancourt *et al.*, 2006), s'avère un outil adéquat pour systématiser les résultats de l'évaluation développée et faciliter sa lecture dans le contexte plus large de la compréhension du comportement parental. Dans la prochaine section, nous présenterons les résultats de l'étude de la fiabilité de cet outil, en nous concentrant sur l'accord inter-évaluateurs.

2. Méthode

2.1 Participants

L'étude a été conduite avec les professionnels des Centres Régionaux de Sécurité Sociale (CRSSs) de Portalegre, Évora et Beja, plus particulièrement travaillant aux Équipes Multidisciplinaires de Soutien au Tribunaux (EMST), des Commissions pour la Protection des Enfants et des Jeunes (CPEJs) de ces villes, et des centres d'Accueil Temporaire (CAT) des mêmes régions. La participation de professionnels a été autorisée par les services respectifs, pour un total de 23 professionnels, dont 83% avec plus de 10 ans d'expérience professionnelle dans le rôle et ayant une formation universitaire en travail social ou en psychologie (tableau 1).

Tableau 1
Caractérisation des participants (n=23)

		%	(n)
Région	Beja	26	(6)
	Évora	35	(8)
	Portalegre	39	(9)
Cadre institutionnel	CRSS	48	(11)
	CPEJ	9	(2)
	CAT	43	(10)
Formation universitaire	Travail Social	48	(11)
	Psychologie	35	(8)
	Pédagogie Social	4	(1)
	Autres	13	(3)
Expérience professionnelle	< 5 ans	4	(1)
	5-10 ans	13	(3)
	> 10 ans	83	(19)

Nous avons inclus dans l'étude 10 cas d'enfants de moins de 6 ans accueillis dans les centres d'accueil temporaires, qui maintiennent la possibilité de contact avec les parents pendant l'accueil (tableau 2). Ce choix est justifié par le fait que lorsque l'enfant est accueilli on reconnaît qu'il est en danger et que sa permanence avec les parents pourrait entraîner des conséquences très graves pour leur développement, ce qui signifie que les capacités et les compétences parentales ont été contestées. Dans tous les cas

inclus dans l'étude, les professionnels étaient en accord sur le fait qu'il convient d'évaluer les capacités parentales des parents, étant donné qu'il s'agit d'une question qui aurait à être précisée dans l'évaluation et les recommandations qui soutiendraient le projet de vie de l'enfant.

Tableau 2
Caractérisation des enfants (n = 10) et des parents évalués (à la date de la 1^{ère} réunion)

Enfants		N	Parents			N
Sexe	Masc.	7	Parent évalué	Mère		6
	Fem.	3		Père		0
	<1A	3		Mère et Père		4
Âge	1A	2	Âge		Mère	Père
	2A	2		<20A	2	0
	3A	1		21-30A	2	2
	4A	0		31-40A	6	1
	5A	2		>40A	0	1
		<6M		3		Mère
Temps d'accueil	6-12M	4	Autres enfants suivis par les services de protection à l'enfance	Oui	5	1
	>12M	3				
		Négligence		9		
Raison de l'accueil	Exposition à la violence conjugal	1		Non	5	3

À chaque cas étudié, ont participé les professionnels de l'institution qui administre ou supervise la mise en œuvre de la mesure de protection des enfants (Commission pour la Protection des Enfants et des Jeunes ou l'Équipe multidisciplinaire de Soutien aux Tribunaux des Centres Régionaux de Sécurité Sociale) et par le Centre d'Accueil Temporaire. Il est à noter que cette méthode reflète la dynamique interinstitutionnelle qui se produit tout au long du processus de protection et prise de décision. Plus l'accord inter-évaluateurs/parmi les professionnels impliqués est élevé, plus les recommandations techniques à transmettre aux services judiciaires et para-judiciaires qui décident seront cohérentes.

2.2 Procédures

2.2.1 Outil

Cet article se concentrera sur la dimension de l'attachement contenue dans le Guide d'Évaluation des Capacités Parentales (De Rancourt *et al.*, 2006). Il s'agit d'un outil d'origine canadienne, élaboré à partir de la grille d'évaluation de Steinhauer (Steinhauer *et al.*, 1993), qui vise à faciliter le processus de jugement clinique et de prise de décision du professionnel qui effectue l'évaluation de la capacité parentale des parents d'enfants de moins de 6 ans. Le Guide est composé de neuf dimensions, divisées en quatre domaines: le contexte (1. Le contexte socio-familial), l'enfant (2. Santé et développement de l'enfant.), la relation parents-enfants (3. L'attachement; 4. Compétences Parentales) et parents (5. Le contrôle des impulsions 6. La reconnaissance de la responsabilité; 7. Les facteurs personnels affectant la capacité parentale 8. Réseau social; 9. L'histoire d'accès aux services). Chaque dimension comprend un groupe de questions qui résument les implications des données recueillies pour l'exercice de la parentalité et permettent l'enregistrement des conclusions du professionnel concernant la dynamique spécifique de chaque cas. Après ces questions, on trouve un ensemble de descripteurs qui qualifient la dimension évaluée comme une ressource primaire ou secondaire, ou une difficulté primaire ou secondaire, sur un *continuum* classificatif allant du plus au moins adéquat. Ainsi, le Guide organise et résume le processus d'évaluation; ce qu'y est enregistré est la somme des différentes procédures d'évaluation sous la forme de jugements cliniques concernant les différentes dimensions qui, dans l'ensemble, peut constituer une évaluation cohérente et complète de la capacité parentale. L'attachement est la troisième des neuf dimensions d'évaluation qui composent l'outil. Son utilisation suppose que plusieurs procédures ont été développées, y compris l'observation des interactions entre

l'enfant et ses parents et des entrevues avec ceux-ci. L'information recueillie devrait être suffisante pour répondre aux questions suivantes:

a) Les indicateurs sur le pattern d'attachement intériorisé par les parents: dans cette sous-section on demande à l'évaluateur de: i) s'assurer de la présence d'indicateurs sur le type de pattern d'attachement intériorisé, comme avoir été victime de mauvais traitements, ayant grandi dans un contexte d'accueil, de maintenir des sentiments négatifs au sujet de son enfance, et ii) qualifier la représentation qu'ils maintiennent relativement à la façon dont ils ont été soignés pendant leur enfance et l'impact de ces expériences dans l'exercice courant de la parentalité. Certaines de ces questions proviennent de la *Adult Attachment Interview* (George *et al.*, 1985).

b) Histoire de la parentalité - Indicateurs d'abandon: dans cette sous-section, on demande à l'évaluateur de signaler les indicateurs concernant la stabilité du parent en évaluation dans la vie de l'enfant, et la présence de facteurs de risque d'abandon. Il est également nécessaire que l'évaluateur détaille la façon dont ils ont été reflétés dans les soins du parent à l'enfant. Il est important de noter que ces facteurs sont également reliés à d'autres formes de mauvais traitements, en plus de l'abandon (Burstein, 1981).

c) Interactions actuelles: cette sous-section est divisée en quatre groupes d'âge, pour lesquelles s'enregistrera la qualité de la sensibilité maternelle (Exemples : "Le parent laisse peu de place aux initiatives du bébé (contrôlant) OU Le parent laisse place aux initiatives du bébé"; "Le parent répond seulement aux signaux de détresse fréquents, prolongés ou intenses du bébé OU Le parent répond distinctivement aux différents signaux de détresse du bébé"), indicateurs d'insécurité (Exemples : "Quand il/elle voit le soignant s'éloigner (même pour une courte période, par exemple pour aller dans une autre chambre pour faire quelque chose ou parce que le professionnel fait la demande) l'enfant est en difficulté, pleure ou arrive à la colère"; "Il est facile pour le parent de perdre la

trace de l'endroit où l'enfant est quand il/ elle joue hors de sa revenue ") et indicateurs de perturbation de l'attachement (Exemples: "Réagit à la séparation soit en ne manifestant que très peu de détresse, soit (au contraire) en se montrant complètement inconsolable"; "Activités motrices intenses: passe d'un jouet à l'autre, bouge beaucoup, fouille continuellement, brise les objets. Peut alors se mettre en situation de danger ").

d) Questions-synthèse :

Q1: *Y a-t-il chez le parent évalué un pattern d'attachement intériorisé problématique, susceptible d'être reproduit dans sa relation avec ses enfants?* Cette question demande à l'évaluateur de faire un jugement clinique sur le pattern d'attachement intériorisé par les parents en tenant en considération les informations résumées dans l'ensemble des indicateurs visés à l'alinéa a).

Q2: *L'histoire d'attachement de l'enfant est-elle marquée par des séparations et des pertes qui peuvent avoir affecté ses capacités d'attachement?* Tucker et MacKenzie (2012) soulignent l'importance de prendre en compte le parcours de chaque enfant dans le système de protection, en particulier en termes de mesures d'accueil (que ce soit familial ou institutionnel) pour comprendre sa situation actuelle en ce qui concerne l'établissement de relations avec les parents/figures parentales. Cette question résume les informations visées au point b), et permet de comprendre dans quelles circonstances se développe le système d'attachement de l'enfant.

Q3: *Retrouve-t-on dans la vie de l'enfant la présence d'indicateurs de risque d'abandon, ou de cette possibilité en face de quelques-unes de ses caractéristiques?* Ces indicateurs [alinéa b)] pointent vers un risque plus ou moins élevé d'abandon, ainsi que d'autres formes de mauvais traitements.

Q4- *Les indicateurs de sensibilité maternelle (enfants 0-12 mois) ou d'insécurité (enfants 1-4 ans) semblent suggérer la présence d'un problème avec le parent évalué?* Cette

question [l'alinéa c)] nous permet de comprendre comment le système de prestation de soins se développe vis-à-vis de cet enfant.

Q5- Il s'avère pertinent de faire une évaluation plus approfondie avec d'autres outils pour évaluer la qualité de la relation entre parent et l'enfant, comme le Q-Sort ou Q-Set?

Ce jugement clinique doit être faite en tenant compte de l'accumulation d'évidences de la possible dimension problématique de l'attachement.

Q6 - Il ya des indicateurs qui suggèrent un problème d'attachement grave chez l'enfant ?

À la fin, cette question résume les observations visées à l'alinéa c), en mettant l'accent sur les comportements qui peuvent indiquer une évolution perturbée du système d'attachement de l'enfant.

Ainsi, cette dimension du Guide – L'attachement – permet de construire des jugements cliniques et justifier les pronostiques sur la façon dont le système de prestation de soins peut (pourra) promouvoir le développement sain du système d'attachement de l'enfant. Ce pronostique sera plus négatif le plus perturbé le processus d'attachement des figures parentales a été et les autres indicateurs d'insensibilité, insécurité ou perturbation soient présents.

À la fin, on demande d'évaluer si la dimension de l'attachement est une ressource (principale ou secondaire) ou une difficulté (principale ou secondaire), étant donné que les critères de décision ont été construits par les auteurs de cet article en tenant compte des questions-résumé et les réponses possibles (tableau 3). Cette évaluation demande au professionnel de se prononcer sur l'importance, la capacité et la volonté du soignant pour, éventuellement, bénéficier d'une intervention ciblée sur les changements de comportement dans des situations où l'attachement est classé comme ressource ou difficulté secondaire.

Tableau 3
Critères de jugement clinique

Classification	Critères de jugement clinique
Ressource principale: <i>Absence de difficultés remarquables</i>	La figure parentale ne montre pas d'indicateurs d'avoir développé un pattern d'attachement problématique qui pourra être reproduit dans la relation avec leurs enfants. ET Les indicateurs de sensibilité (enfants 0-12 mois) ou d'insécurité (enfants 1-4 ans) ne suggèrent pas la présence d'un problème à la figure parentale.
Ressource secondaire: <i>La difficulté n'affecte pas négativement le développement de l'enfant</i>	La figure parentale a vécu expériences problématiques à l'enfance MAIS Les indicateurs de sensibilité de la figure parentale (enfants 0-12 mois) ou d'insécurité (enfant 1-4 ans) ne suggèrent la présence d'un problème. ET La figure parentale reconnaît l'impact de ses expériences d'enfance dans l'exercice de la parentalité. ET La figure parentale modifie son comportement en réponse à telle reconnaissance fait avec paires ou en contexte thérapeutique.
Difficulté secondaire: <i>Difficulté gérable si les figures parentales développent compétences parentales spécifiques et / ou s'il y aura intervention des services ou modification des conditions environnementales</i>	La figure parentale montre un pattern d'attachement problématique qui pourra être reproduit dans sa relation avec l'enfant ET La figure parentale reconnaît l'impact de ses expériences d'enfance dans l'exercice de la parentalité. ET L'enfant montre des indicateurs de perturbation d'attachement. ET Les indicateurs de sensibilité de la figure parentale (enfants 0-12 mois) ou d'insécurité (enfant 1-4 ans) suggèrent la présence d'un problème. MAIS La figure parentale a capacité / disponibilité pour changer son comportement parental à la suite d'intervention clinique. ET Une telle intervention est accessible et disponible à temps utile pour l'enfant.
Difficulté principale: <i>Difficulté ingérable par les parents/figures parentales / soignants actuellement</i>	La figure parentale montre un pattern d'attachement problématique qui pourra être reproduit dans sa relation avec l'enfant ET L'enfant montre des indicateurs de perturbation d'attachement. ET Les indicateurs de sensibilité de la figure parentale (enfants 0-12 mois) ou d'insécurité (enfant 1-4 ans) suggèrent la présence d'un problème. ET La figure parentale ne reconnaît pas l'impact de ses expériences d'enfance dans l'exercice de la parentalité. ET La figure parentale n'a pas capacité/disponibilité pour changer son comportement parental à la suite d'intervention clinique. OU Une telle intervention n'est pas accessible et disponible à temps utile pour l'enfant.

2.2.2 Procédures

L'étude de fiabilité Guide d'Évaluation des Capacités Parentales (adapt. de Pereira et Alarcão, 2013a) pour le contexte portugais a compris cinq étapes distinctes: (1) la formation des professionnels: tous les professionnels qui prévoyaient être en mesure de venir à participer à l'étude ont reçu une formation (7 heures) sur l'outil, y compris son cadre théorique et processus d'utilisation à partir d'un cas pratique; la version utilisé dans formation contenait déjà les changements découlant de l'étude de la validité écologique (Pereira et Alarcão, 2013b) pour le contexte portugais de protection de l'enfance;

(2) réunion de partage de l'information: après avoir identifié chaque cas à inclure dans l'étude, une réunion s'est tenue dans laquelle a été partagé l'information que les professionnels concernés (équipe du CRSS ou CPEJ et l'équipe du CAT) avait sur le même cas, en se référant aux dimensions d'évaluation proposées par le guide. Cette réunion a été enregistrée sur vidéo et audio;

(3) remplissage indépendant des Guides par chaque équipe, et la investigatrice et première auteure de cet article;

(4) identification des questions—synthèse et des décisions pour lesquelles il ya eu accord et désaccord entre les professionnels et la investigatrice;

(5) réunion pour clarifier le désaccord, dans laquelle furent expliquées les raisons des divergences et par la suite s'ont trouvé éventuellement des positions consensuelles. Cette réunion a également été enregistrée sur vidéo et audio.

Il y avait donc deux moments pour vérifier l'accord: M1, après le remplissage indépendant du guide (4) et M2, après la réunion d'analyse et réflexion sur l'accord/désaccord (5). Le temps entre ces deux moments a varié entre 2-9 mois, en

fonction du rythme de travail de chaque équipe et l'agenda des professionnels. L'analyse de ces deux moments a permis de réfléchir sur les questions suivantes:

- L'information commune disponible a-t-elle permis de parvenir à des réponses (questions-synthèse) et des décisions cohérentes entre les trois évaluateurs en M1?
- Les divergences observées étaient-elles dues à un manque de compréhension / maîtrise de l'outil, à des différences aux cadres de références qui sous-tend le jugement clinique des évaluateurs ou à d'autres raisons?
- Comment est-ce que l'accord inter-juges a-t-il évolué entre les deux moments? Cette évolution a-t-elle été due à la nature de l'information disponible ou à la clarification de contenus de l'outil lui-même?
- Les réponses des participants en M1 reflètent-elles des difficultés dans le processus d'évaluation de cette dimension? Lesquelles?

3. Résultats

La valeur de l'accord est présentée en pourcentage dans le tableau 5, pour les deux moments, M1 et M2, et pour chaque question-synthèse et chaque décision à savoir si l'attachement est un ressource ou une difficulté, principale ou secondaire. Le pourcentage de réponses consensuelles (totale ou partiellement) et discordants a été calculé en fonction de la matrice présentée dans le tableau 4.

Tableau 4

Matrice de définition de l'accord entre les 3 évaluateurs, A1, A2 et A3

Type d' accord	A1	A2	A3
Accord total	x	x	x
Accord partiel	x	x	-
Accord partiel	x	x	y
Désaccord	x	y	z
Désaccord	x	y	-
Missing case	x	-	-

Tableau 5

Accord inter-évaluateurs aux questions et décisions de la dimension 3: Attachement (n=10)

Dimension d'évaluation		Questions								Décisions							
		mc		% accord - questions						md		% accord - décisions					
				M1			M2					M1			M2		
		M1	M2	T	P	D	T	P	D	M1	M2	T	P	D	T	P	D
D3 <i>Attachement</i>	Q1 (JC)	4	1	50	50	0	100	0	0	2	0	60	30	10	100	0	0
	Q2 (O)	2	1	50	38	12	78	22	0								
	Q3 (O)	0	0	50	10	40	100	0	0								
	Q4 (JC)	4	2	17	83	0	100	0	0								
	Q5 (JC)	2	2	38	50	12	88	12	0								
	Q6 (O)	0	0	20	80	0	100	0	0								
	Moyenne			38			94										

Note. Q-question; mc-missing cases; md-missing decisions; T-accord total; P-accord partiel; D- désaccord; M1-moment de remplissage indépendante du Guide; M2- moment de vérification de l'accord; O – Observation; JC – Jugement Clinique.

Au-delà de cette dimension quantitative, le contenu des réponses des professionnels a été analysé avec le *software QSRnVivo8* (tableau 6).

Tableau 6

Contenu et fréquence des réponses des professionnels en M1

Questions	Catégories de réponses	N° de réponses (en M1) (N=23)
Q1: Y a –t-il chez le soignant évalué un pattern d'attachement intériorisé problématique, susceptible d'être reproduit dans sa relation avec ses enfants?	Oui	10
	Non	1
	Ne sait pas / pas de réponse	9
	Réponse non concluante	3
Q2: L'histoire d'attachement de l'enfant est-elle marquée par des séparations et des pertes qui peuvent avoir affecté ses capacités d'attachement?	Oui	10
	Non	7
	Ne sait pas / pas de réponse	2
	Réponse non concluante	4
Q3: Retrouve-t-on dans la vie de l'enfant la présence d'indicateurs de risque d'abandon, ou de cette possibilité en face de quelques-unes de ses caractéristiques?	Oui	12
	Non	7
	Ne sait pas / pas de réponse	3
	Réponse non concluante	1
Q4: Les indicateurs de sensibilité maternelle (enfants 0-12 mois) ou d'insécurité (enfants 1-4 ans) semblent suggérer la présence d'un problème au soignant évalué?	Oui	10
	Non	0
	Ne sait pas / pas de réponse	7
	Réponse non concluante	6
Q5: Il s'avère pertinent de faire une évaluation plus approfondie avec d'autres outils pour évaluer la qualité de la relation entre le soignant et l'enfant, comme le Q-Sort ou Q-Set?	Oui	6
	Non	6
	Ne sait pas / pas de réponse	6
	Réponse non concluante	5
Q6: Il ya des indicateurs qui suggèrent un problème d'attachement grave chez l'enfant?	Oui	8
	Non	7
	Ne sait pas / pas de réponse	5
	Réponse non concluante	3
Décision relative à la classification de la dimension	Ressource principale	1
	Ressource secondaire	1
	Difficulté secondaire	4
	Difficulté principal	15
	Ne sait pas / pas de réponse	2

En Q1 on observe accord partiel de 50% en M1 parce que certains professionnels ont répondu à la question sans tenir compte de leurs propres réponses aux différents points qui précèdent la question-synthèse. En tenant compte de ces réponses, un accord total est parvenu en M2.

Dans 10 évaluations, le contenu des réponses a surtout mentionné l'existence d'indicateurs qui pointent vers un pattern d'attachement internalisée problématique. Cependant, il y avait un nombre élevé de réponses (9) qui n'ont pas été données parce que, selon les professionnels, des informations suffisantes n'avaient pas été recueillies (bien qu'elles avaient été partagées à la première réunion). Ce fut plus notable en ce qui concerne la façon dont le parent évoque son enfance.

En Q2 il restait un désaccord partiel entre le chercheur et les professionnels, ce qui soulève la possibilité que les professionnels ont pris compte des informations au-delà de ce qui avait été partagé lors de la réunion. Pour dix évaluations, les participants ont considéré qu'il y avait des séparations ou des pertes qui pourraient avoir affecté la capacité d'attachement de l'enfant et pour sept évaluations ils ont dit qu'il n'y en avait pas, ce qu'étant des cas d'enfants placés en institution, semble refléter une tendance à relativiser l'impact des attachements moins sécurisés. Étant donné que l'objectif principal de la question, c'est l'histoire d'attachement de l'enfant (jusqu'au moment de l'évaluation), il serait approprié de reformuler la question, en la rendant plus claire. Nous suggérons la reformulation suivante: *L'histoire qui lie l'enfant est marquée par des séparations et des pertes qui peuvent avoir affecté ou qui peuvent affecter dans le futur les capacités d'attachement de l'enfant?*

Le grand nombre de désaccords à Q3 en M1 était dû, encore une fois, au fait que beaucoup de participants n'ont pas considéré les réponses données tout au long de la dimension, à savoir l'ensemble des indicateurs regroupés sous la rubrique des

«*indicateurs d'abandon*». Tout au contraire, les professionnels se sont basés sur son jugement prédéfini a propos de la nature des indicateurs d'abandon et le résultat a été un désaccord de 40% et un accord partiel de 10%. Reprises les réponses qui le Guide associe aux «*indicateurs d'abandon*», il a été possible d'obtenir un accord de 100% en M2. La plupart des réponses (12) en M1 ont montré l'existence d'indicateurs de risque d'abandon, et sur 4 évaluations le manque de réponse ou la réponse non concluante surviennent parce que les professionnels n'ont pas considéré leurs réponses tout au long de la dimension.

À Q4, on a observé un grand nombre de désaccords partiels en raison de la non considération: i) des réponses données tout au long de la dimension et ii) des informations partagées lors de la réunion mais que n'étaient pas recueillies directement par le professionnel. De plus, les réponses non concluantes (4) montrent la mauvaise compréhension de la question parmi certains participants, puisque ils ont centrée la réponse sur un problème possible du parent et non sur l'existence d'indicateurs d'insensibilité ou d'insécurité qui pourrait indiquer des défauts possibles dans le système de prestation de soins. Probablement, pour quelques professionnels le lien conceptuel entre le système d'attachement de l'enfant et le système de prestation de soins n'est pas clair.

En Q5, les désaccords en M1 étaient dus au fait que tous les participants n'étaient pas pleinement conscients des applications des outils visés dans la question, ce qui a soulevé quelques doutes et a conduit à ce que plusieurs participants n'avaient pas répondu. Cela suggère la pertinence de reformuler la question, ne précisant pas les outils. Ayant obtenu le même nombre de réponses oui et non, et en tenant compte les résultats de Q6, on fait l'hypothèse qu'il peut y avoir des professionnels qui ont relativisée la

nécessité d'une évaluation plus approfondie en n'étant pas conscients de l'applicabilité d'une telle information, notamment en termes de futures interventions thérapeutiques.

À Q6 de nombreux désaccords étaient dus à des réponses non concluantes ou «ne sait pas» à la suite que les participants n'ont pas considéré les réponses données pour l'ensemble des indicateurs ou des informations partagées lors de la réunion, et se sont concentrés uniquement sur les renseignements qu'ils avaient recueillis eux-mêmes. Les réponses non concluantes montrent que les professionnels n'avaient pas assez de connaissances sur ce que signifie perturbation d'attachement, d'autant plus que cette divergence a été observée lors du remplissage du guide par des professionnels dont la formation académique n'était pas la psychologie. Tous les désaccords ont été résolus lorsque, à la deuxième réunion, on a approfondi la raison de la divergence.

Le pourcentage d'accord total moyen atteint en M2 (94%) à l'ensemble des questions est considéré comme très bon.

Sur les décisions relatives à la classification de cette dimension, on a observé que en M1 l'accord était de 60%, ayant atteint une valeur de 100% en M2, après la clarification des aspects référés ci-dessus. Il convient de noter que la plupart des participants ont jugé l'attachement comme une difficulté principale pour les soignants évalués. Très probablement, ces difficultés ont été l'une des raisons justifiant l'accueil de ces enfants en institution.

4. Conclusions

Ces conclusions doivent être lues en tenant compte des limites de notre étude en raison du petit nombre de cas (10) étudié, ce qui empêche la généralisation des résultats présentés. Et pourtant l'information recueillie est suffisamment dense et riche pour soulever un ensemble de réflexions et d'implications pour la pratique.

Notre étude soulève deux principaux ordres de commentaires relatifs au processus d'évaluation de l'attachement et à l'outil utilisé. Elle a mis en évidence les difficultés rencontrées par les professionnels pour recueillir des informations sur la qualité de l'attachement, notamment (a) l'absence d'observations d'interactions parents-enfant qui soient pertinentes ou en nombre suffisant pour permettre des conclusions sur la régularité des différents comportements, et (b) le manque d'informations sur l'histoire d'attachement des soignants avec eux. Dans de telles circonstances, les professionnels ne recueillent pas d'informations pertinentes sur les trois séries d'indicateurs mentionnés ci-dessus: comment les besoins de l'enfant sont respectés, le comportement de l'enfant, et des modèles d'attachement intériorisés par les parents. La deuxième réunion a clarifié ces biais, en bénéficiant de la réflexion commune. Cependant, dans la pratique quotidienne, cette réflexion n'est pas toujours faite, ce qui suggère l'importance d'assurer des espaces de supervision pour les professionnels, où ils peuvent réviser et critiquer constructivement leurs pratiques.

D'autre part, l'outil organise la collecte des données et l'analyse des informations sur ces trois types d'indicateurs, tous essentiels pour le fondement des avis relatifs à l'attachement. Dans ce cadre l'accord de 94% pour les réponses aux questions-synthèse et de 100% par rapport aux classifications en M2, qualifie cet outil comme très prometteur, car il facilite un accord entre les différentes équipes, minimisant les délais dans la prise de décisions découlant des positions divergentes entre les professionnels qui s'occupent de l'enfant et de la famille.

Cependant, la faible valeur de l'accord obtenu en M1 (38% et 60%) illustre la nécessité de clarifier le processus d'évaluation de l'attachement auprès des différents intervenants, sur deux niveaux principaux: (1) en ce qui concerne l'adoption de pratiques institutionnelles qui facilitent les observations en milieu naturel, notamment en termes de

temps, de lieux et d'activités dans lesquels celles-ci peut survenir, et (2) en ce qui concerne l'amélioration du travail entre les professionnels en termes de la façon dont sont mesurés et analysés les informations recueillies.

On considère aussi que, l'outil a non seulement mis en évidence certaines difficultés en raison des questions posées mais il a également souligné certaines faiblesses existantes en matière de formation sur le thème de l'attachement. Cette dimension est essentielle pour l'évaluation des capacités parentales aussi bien que pour l'intervention dans le domaine de la protection de l'enfance en général; donc on insiste sur l'importance d'approfondir la formation continue des professionnels en particulier des non psychologues mais aussi responsables pour ces évaluations. L'analyse des réponses a montré la pertinence de changer la formulation des questions Q3 et Q5, ainsi que d'interchanger l'ordre entre Q5 et Q6, pour faciliter le processus de construction du jugement clinique sur cette dimension, car la réponse à cette dernière question est importante pour décider sur la pertinence d'approfondir l'évaluation.

Globalement, et en tenant compte des valeurs de l'accord obtenus et du contenu des questions, nous pouvons considérer que cet outil est utile pour la conduite d'évaluations dûment justifiées de la dimension de l'attachement et répond aux exigences du système de promotion et protection de l'enfance au niveau de l'intervention socio-thérapeutique. On suggère que l'utilisation de cet instrument, à des moments différents, peut contribuer à l'enregistrement de la progression de l'évaluation des parents des enfants signalés au système de protection, en facilitant une compréhension développemental des situations, et de prévenir la perte de données résultant de la rotation de professionnels dans les services qui accompagnent ces cas. À cet égard, il semble que son utilisation pourrait être appropriée dans des études longitudinales.

5. Références Bibliographiques

- Adshead, G., et K. Bluglass. 2001. «Attachment representations and factitious illness by proxy: Relevance for assessment of parenting capacity». *Child Abuse Review*, vol.10,no 6, p.398-410.
- Ainsworth, M.D., M.C. Blehar, E. Waters et S. Wall.1978. *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Ass.
- Baker, T. 2003. «What is the relevance of attachment to parenting assessments?» Dans *Studies in the assessment of parenting*, sous la dir. de P. Reder, S. Duncan et C. Lucey, New York, Routledge, p.75-89.
- Barudy, J.et M. Dantagnan. 2005. *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*, Barcelona, Editorial Gedisa.
- Barudy, J et M. Dantagnan. 2010. *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*, Barcelona, Gedisa.
- Bouchet, G., T. Blicharski, S. Duthu et S. Bourdet-Loubère. 2011. «Transmission intergénérationnelle de l'insécurité de l'attachement chez les familles d'enfants âgés entre 23 et 33 mois». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 59, no 3, p.140-148.
- Bowlby, J. 1969. *Attachment and loss: Attachment*, London : Basic Books.
- Bronfenbrenner, U. et G. Evans. 2000. «Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings». *Social Development*, vol. 9, no 1, p. 115-125.
- Burnstein, M. 1981. «Child abandonment: Historical, sociological and psychological perspectives». *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 11, no 4, p.213-221.

- Cleaver, H., I. Unell, et J. Aldgate. 2011. *Children's Needs – Parenting Capacity Child abuse: Parental mental illness, learning disability, substance misuse and domestic violence* (2nd ed.), London, The Stationery Office.
- Crittenden, P. 1990. «Internal representational models of attachment relationships». *Infant Mental Health Journal*, vol.11, no 3, p.259-277.
- Cyr, C., K. Dubois-Comtois, G. Michel, C. Poulin, K. Pascuzzo, V. Losier, M. Dumais, D. St-Laurent et E. Moss. 2012. *Attachment theory in the assessment and promotion of parental competency in child protection cases*. <http://www.intechopen.com/books/export/citation/EndNote/child-abuse-and-neglect-a-multidimensional-approach/attachment-theory-in-the-assessment-and-promotion-of-parental-competency-in-child-protection-cases>
- De Rancourt, L., F. Paquette, D. Paquette et S. Rainville. 2006. *Guide d'évaluation des capacités parentales : Adaptation du guide de Steinhauer: 0 à 5 ans* (3éd.), Montréal, Centres Jeunesse de Montréal.
- Farnfield, S. 2008. «A theoretical model for the comprehensive assessment of parenting». *British Journal of Social Work*, vol. 38, no 6, p.1076-1099.
- George, C., N. Kaplan et M. Main. 1985. *The Berkeley Adult Attachment Interview*. Unpublished protocol, University of California, Berkeley.
- Glaser, D. 2000. «Child abuse and neglect and the Brain-A review». *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, vol. 41, no 1, p. 97-116.
- Harnett, P. 2007. «A procedure for assessing parents' capacity for change in child protection cases». *Child & Youth Services Review*, vol. 29, no 9, p.1179–1188.
- Howe D., M. Brandon, D. Hinings et G. Schofield. 1999. *Attachment theory, child maltreatment and family support*, MacMillan, London.

- Kulkarni, V. 2012. «An interpretation of theoretical base of the early childhood behaviour-Attachment theory and its implication to professional social work in the field of child welfare». *Golden Research Thoughts*, vol. 2, no 1,p. 1-13.
- Lyons-Ruth, K., E. Bronfman et G. Atwood. 1999. «A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction». Dans *Attachment disorganization*, sous la dir. de J. Solomon et C. George, New York, Guilford, p.33-70.
- Marvin, R., G. Cooper, K. Hoffman et B. Powell. 2002. «The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver–pre-school child dyads». *Attachment & Human Development*, vol. 4, no 1,p. 107-124.
- Morales-Huet, M. 2010. «Apports de la théorie de l’attachement aux prises en charge precoces parent-jeune enfant». Dans *Dossier thématique: La théorie de l’attachement : Une approche conceptuelle au service de la protection de l’enfance*, sous la dir. de N. Savard, Paris, Observatoire National de l’Enfance en Danger, p.108-119.
- Pearce, C. 2010. «An integration of theory, science and reflective clinical practice in the care and management of attachment-disordered children: A triple-A approach». *Educational & Child Psychology*, vol. 27, no 3, p.73-86.
- Pereira, D. et Alarcão, M. 2013a. *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo exploratório da fiabilidade em profissionais da proteção à infância*. Manuscrit en preparation.
- Pereira, D. et Alarcão, M. 2013b. *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo de validade ecológica*. Manuscrit soumis pour évaluation.
- Perry, B. 2012. «Supporting maltreated children: Countering the effects of neglect and abuse». *Adoption Advocate*, no 48, p.1-5.

- Pezzot-Pearce, T. et J. Pearce. 2004. *Parenting assessments in child welfare cases: A practical guide*, Toronto, University of Toronto Press.
- Román, M. 2011. «Metodologías para la evaluación del apego infantil: De la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales». *Acción Psicológica*, vol. 8, no 2, p. 27-38.
- Schmidt, F., L. Cuttress, J. Lang, M. Lewandowski et J. Rawana. 2007. «Assessing the parent-child relationship in parenting capacity evaluations: Clinical applications of attachment research». *Family Court Review*, vol. 45, no 2, p.247-259.
- Solomon, J. et C.George. 1996. «Defining the caregiving systems: Toward a theory of caregiving». *Infant Mental Health Journal*, vol. 17, no 3, p.3-17.
- Steinhauer, P. 1991. *The least detrimental alternative: A systematic guide to case planning and decision making for children in care*, Toronto, University of Toronto Press.
- Steinhauer, P., Leitenberger, M., Manglicas, E., Pauker, J., Smith, R., et Gonçalves, L. 1993. *Guide d'évaluation de la compétence parentale*, Toronto, L'Institut pour la Prévention de l'enfance maltraitée.
- Swain, J., S. Konrath, S. Brown, E. Finegood, L. Akce, C.Dayton et S.Ho.2012. «Parenting and beyond: Common neurocircuits underlying parental and altruistic caregiving». *Parenting, Science and Practice*, vol,12, no2-3, p.115-123.
- Tucker, D. et M. MacKenzie.2012. «Attachment theory and change processes in foster care». *Children and Youth Services Review*, vol. 34, no 11, p. 2208–2219.
- Twardosz, S. et J. Lutzker. 2010. «Child maltreatment and the developing brain: A review of neuroscience perspectives». *Aggression and Violent Behavior*,vol. 15, no 1, p.59-68.

- Van Ijzendoorn, M. et M. Bakermans-Kranenburg. 1997. «Intergenerational Transmission of Attachment: A Move to the Contextual Level». Dans *Attachment and psychopathology*, sous la dir. de L. Atkinson et K. Zucker, New York, Guilford Press, p.135-170.
- Waters, E. et K. Deane. 1985. «Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood». Dans *Growing points of attachment theory and research*, sous la dir. de I. Bretherton et E. Waters, «Monographs of the Society for Research in Child Development», p. 41-65.
- Waters, E. 1995. «Appendix A: The attachment Q-set (version 3.0)». Dans *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New growing points of attachment theory and research*, sous la dir. de E. Waters, B. Vaughn, G. Posada et K. Kondo-Ikemura, «Monographs of the Society for Research in Child Development», p. 234-246.

2.4 A Tomada de Decisão no Âmbito da Avaliação das Capacidades Parentais

Dora Pereira & Madalena Alarcão

Resumo

O processo de avaliação das capacidades parentais integra diversos momentos de juízo clínico e tomada de decisão, desde a sinalização da situação à conceptualização de um plano de intervenção. Os referenciais e critérios que fundamentam tais decisões são essenciais para a sua compreensão. Neste artigo detalha-se o estudo exploratório que operacionalizou critérios de decisão em relação às nove dimensões que integram o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais. É analisado o acordo inter-avaliadores na avaliação dos prestadores de cuidados de 10 crianças acolhidas em centros de acolhimento temporários da região Alentejo. Os resultados são lidos à luz da fiabilidade daqueles critérios e da sua utilidade para a fundamentação das decisões relativas aos planos de intervenção e definição de projetos de vida de crianças em situação de risco.

Palavras-chave: tomada de decisão, capacidades parentais, proteção da criança, avaliação do risco.

Abstract

The parental capacities assessment process includes several clinical judgments and decision taking steps, from referral to the definition of an intervention plan. The guiding principles and criteria supporting those decisions will be essential to make meaning of them. In this article will be detailed the exploratory study where the decision criteria related to the nine assessment dimensions included on the parental capacities assessment guide are specified. It'll be analyzed the inter-rater agreement of their use on 10 children's caretakers assessment; those children are placed on temporary shelter centres of Alentejo region. The results are read in terms of reliability and usefulness of criteria to support decisions about intervention and children's future.

Keywords: decision making, parenting capacities, child protection, risk assessment

A intervenção dos profissionais em contextos de proteção à infância implica necessariamente a tomada de decisões. Proteger a criança e promover o seu desenvolvimento implica ponderar a continuidade ou a rutura de relações entre pais e filhos, com base na base da avaliação sobre quais são os prestadores de cuidados que melhor assegurarão as necessidades da(s) criança(s). Contudo, tais decisões envolvem um conjunto de especificidades que as tornam especialmente complexas (Keddell, 2012). Em primeiro lugar implicam risco e incerteza: nenhum profissional está absolutamente certo de que a decisão que tomar terá o resultado previsto; existe sempre o risco associado à sua implementação (atente-se por exemplo nas medidas de adoção), nomeadamente em termos de consequências para a criança (Mansell, 2006). Em segundo lugar o tempo em que têm de ser tomadas é muitas vezes incompatível com a recolha de toda a informação considerada necessária, para além de existir frequentemente informação contraditória. Welbourne (2012) refere que, muitas vezes, a rapidez com que as situações evoluem, e com que se requer a tomada de decisão, não permite a distância suficiente nem a totalidade da informação necessária ao processo de reflexão. Em terceiro lugar, aquelas decisões devem responder a critérios de vária ordem, como as normas legais vigentes, as implicações desenvolvimentais, a capacidade de mudança dos pais/prestadores de cuidados, entre outros, o que complexifica o processo de análise e decisão. Acresce ainda que os profissionais da proteção à infância assumem diferentes papéis ao longo do processo de intervenção (O'Sullivan, 2011), nomeadamente o de apoiar os prestadores de cuidados em tomadas de decisão, o de colaborar com outros profissionais para este fim, o de efetuar juízos clínicos e transmiti-los a outros profissionais.

A avaliação das capacidades parentais é um passo no processo que sustenta a elaboração de juízos clínicos e decisões relativas ao projeto de vida da criança. Entende-

se o *juízo clínico* como as inferências retiradas a partir de um conjunto de informações e as *decisões* como as ações efetuadas com base nesses juízos. Entre ambos situam-se os limiares de decisão, de cuja ponderação dependerá a decisão. Detalhar o processo de juízo clínico e de tomada de decisão permitirá tornar o processo de avaliação mais claro e as suas implicações mais facilmente compreensíveis para outros profissionais, como os magistrados, por exemplo, e também para os próprios avaliados. Neste artigo detalha-se o estudo exploratório que operacionalizou critérios de decisão em relação às nove dimensões que integram o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais. Este Guia é uma adaptação (Pereira & Alarcão, 2013c) do instrumento de origem canadiana (Rancourt, Paquette, Paquette, & Rainville, 2006; Steinhauer et al., 1993) que tem por objetivo avaliar as capacidades parentais a partir da ponderação dos comportamentos, dos recursos e dificuldades parentais evidenciadas e da avaliação prognóstica da mudança (im)possível. Os resultados são analisados em termos da fiabilidade dos critérios e da sua utilidade para a fundamentação das decisões relativas aos planos de intervenção e definição de projetos de vida de crianças em situação de risco ou perigo.

Decidir no Sistema de Promoção e Proteção à Infância

Segundo Baumann, Dagleish, Fluke e Kern (2011), há que considerar três aspetos na tomada de decisão na proteção à infância. O primeiro está associado à variedade das decisões tomadas pelos profissionais, referidas como o *continuum* da tomada de decisão (desde a sinalização, passando pela aplicação de medidas de promoção e proteção, pela elaboração de planos de intervenção/execução de medidas e respetiva avaliação dos mesmos, até à finalização do caso). No contexto português, o juízo clínico de profissionais da área psicossocial é (ou não) corroborado por decisões sobre medidas de promoção e proteção aplicadas por profissionais da área judicial ou por estruturas para-

judiciais, como as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens. Tal significa que estas decisões integram contributos de várias disciplinas (e.g., saúde, psicologia, direito) e são tomadas por diferentes profissionais em diferentes momentos do processo, sem que nem sempre esteja claro, nomeadamente para os pais e crianças, quem decide *o quê e porquê*.

O segundo aspeto está relacionado com o processo psicológico de tomada de decisão. O juízo clínico decorrente da avaliação é diferente da decisão em si, há limiares para decidir por uma ou outra ação e estes podem alterar-se. Além disso, os diferentes limiares a considerar (Platt & Turney, 2013) podem não ser conceptualmente consistentes entre si, podendo refletir diferentes visões da intervenção e objetivos a alcançar, consoante as diferentes organizações que os definem e os diferentes profissionais que os aplicam. O terceiro aspeto a considerar diz respeito às consequências da decisão a tomar, nomeadamente as implicações desenvolvimentais em termos da segurança, estabilidade e bem-estar da criança, as consequências para o próprio técnico em termos profissionais (aceitação pelos pares, compatibilidade da decisão com as orientações da organização) e as consequências externas como a visibilidade dos media ou a repercussão na comunidade. Tal significa que na tomada de decisões é tão importante a forma como são tomadas como os resultados das mesmas (Gillingham, 2011).

Modelos como a ecologia da tomada de decisão de Baumann et al. (2011) e a perspetiva naturalista de Platt e Turney (2013), concordam que tanto os limiares como a própria decisão são influenciados por fatores relacionados com o caso (as suas características específicas), com o decisor (experiência e sentimentos associados, competências, valores, número de casos, exigências processuais, apoio e coesão na equipa, política seguida) e externos (legislação, acontecimentos críticos, financiamento, envolvimento da comunidade). Baumann et al. (2011) consideram que a avaliação e os

limiares de decisão são influenciados por fatores qualitativamente diferentes (também referidos por Kellet & Apps, 2009): a avaliação pelos fatores relacionados com o caso e os limiares de decisão por fatores relacionados com o profissional, a organização a que pertence e o contexto em que estão inseridos. Todos estes fatores integram o que Kedell (2012) designa como contexto de prática e são modelados “pela influência das dinâmicas de poder e [pelo] processo dialógico de co-construção de significado” (*idem*, p.2) entre profissionais, clientes e gestores. Assim, o juízo e a tomada de decisão estão fundamentalmente ligados à forma como o conhecimento é utilizado por cada profissional no seu contexto de prática, entendendo-se, com Drury-Hudson (1999, cit. por Kim, Brooks, Kim, & Nissly, 2008), que o conhecimento profissional integra conhecimento teórico, empírico, pessoal, prático e procedimental.

Na prática de proteção à infância, a perícia na tomada de decisão tem sido descrita como a capacidade de usar tanto formas intuitivas como analíticas de raciocínio (Munro, 2005; Platt & Turney, 2013). O raciocínio analítico invoca o uso de teorias formais e de investigação e advém de abordagens positivistas à ciência e à construção de conhecimento, responsáveis pelo desenvolvimento e implementação de quadros de referência e instrumentos de tomada de decisão (Gillingham, 2011). Está associado ao pensamento crítico, à reflexão sobre a ação (Welbourne, 2012), que é retrospectiva, feita com pares e em grupos de supervisão. O raciocínio intuitivo advém do conhecimento e experiências pessoais dos profissionais e inclui conhecimento prático, emocional e valores (Munro, 2005). Está associado à reflexão na ação, que é quase sempre instantânea e instintiva. Enquanto os profissionais com menos experiência têm mais probabilidade de usar o raciocínio analítico, refletindo alguma dependência de quadros de referência e instrumentos de tomada de decisão, os mais experientes invocam o raciocínio intuitivo para informar o seu processo de tomada de decisão (Munro, 2005).

Contudo, é reconhecida a necessidade de utilizar ambos, garantindo-se que o conhecimento científico é aplicado tendo em conta as especificidades contextuais e relacionais de cada situação (O’Sullivan, 2011).

A utilização do pensamento crítico, da reflexão e da reflexividade são competências essenciais para que os profissionais fundamentem a tomada de decisão (Keddell, 2012; Munro, 2011; Tilbury, Osmond, & Scott, 2009; Welbourne, 2012) e evitem enviesamentos no raciocínio. Profundamente interligados, permitem compreender como os diferentes fatores do contexto de prática influenciaram, influenciam ou influenciarão os seus juízos e decisões, potenciando a qualidade do trabalho desenvolvido. Trabalhar bem terapêuticamente nos serviços de proteção implica comprometer-se com um processo de reflexão e com a integração da experiência prática com a teoria (Bunston, 1997). Bauman et al. (2011) salientam que quando os fatores que influenciam a avaliação do caso suscitam uma preocupação baixa relativamente ao que fazer, não são necessárias muitas evidências para que os técnicos tomem uma decisão, ao contrário do que acontece quando os mesmos suscitam uma preocupação elevada, como acontece quando os técnicos têm dúvidas quanto à exequibilidade de uma medida de adoção. Mansell (2006) alerta ainda para o contexto de instabilidade (*“the Underlying Child Protection System Instability”*) que caracteriza as tomadas de decisão em proteção à infância, devido ao facto de os limiares de decisão se alterarem de acordo com as pressões do meio: em resposta a graves sequelas sofridas por uma criança, os profissionais tendem a decidir intervir, p.e no sentido da rutura da relação pais-filhos, enquanto em resposta a críticas de interferência excessiva na vida das famílias tendem a desvalorizar alguns indicadores de risco. Isto significa que os vários profissionais que avaliam uma mesma situação poderão concordar acerca da avaliação, mas discordar acerca da decisão a tomar.

Perante esta complexidade, tem-se assistido (nomeadamente no contexto anglo-saxónico) a uma proliferação de orientações práticas e instrumentos de avaliação, e respetivas formações, com a intenção de limitar a autonomia do profissional, aumentar a clareza e fiabilidade do procedimento, e melhorar a tomada de decisão (Munro, 1999). Mais especificamente, procura diminuir-se a inconsistência entre os profissionais e aumentar a sua capacidade de prever evoluções futuras (Schwalbe, 2004). Em Portugal existem orientações específicas quanto ao processo de tomada de decisão relativo à aplicação das medidas de promoção e proteção por parte das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, 2011), mas o mesmo não acontece relativamente à forma como são avaliadas as capacidades parentais dos pais/prestadores de cuidados; estas, e mais especificamente o prognóstico favorável ou desfavorável relativo à sua evolução, são consideradas como parte integrante dos referidos critérios, mas não está claro como tal prognóstico pode ser alcançado. A diferente formação científica e profissional dos diversos profissionais que emitem pareceres técnicos relativos aos diferentes momentos de tomada de decisão (serviços de primeira linha, instituições de acolhimento, serviços que assessoram o Tribunal) não será alheia à heterogeneidade dos fundamentos e ponderação das diferentes decisões (Baird, Wagner, Healy, & Johnson, 1999; Cunha, 2009; Cunha, 2012).

Decidir no Âmbito da Avaliação das Capacidades Parentais

O processo de intervenção com crianças em situação de risco ou perigo e suas famílias implica um *continuum* de diversos momentos de juízo clínico e tomada de decisão. Ainda que se concorde com o alinhamento e conteúdo dos diferentes momentos de avaliação propostos por Melo e Alarcão (2011), no seu roteiro para a avaliação do risco/perigo, considera-se que nestas situações, é a função parental dos prestadores de

cuidados que está a ser equacionada; como tal, a avaliação da capacidade parental constitui o principal objetivo a alcançar, sem esquecer que a mesma deve atender à complexidade ecológica da parentalidade (Family Disability Studies Initiative, 2012). Assim, considera-se pertinente diferenciar, no *continuum* do juízo clínico à tomada de decisão, a avaliação, das capacidades parentais (incluindo-se aqui a dimensão do potencial de mudança) e das estratégias de intervenção adotadas (Figura 1).

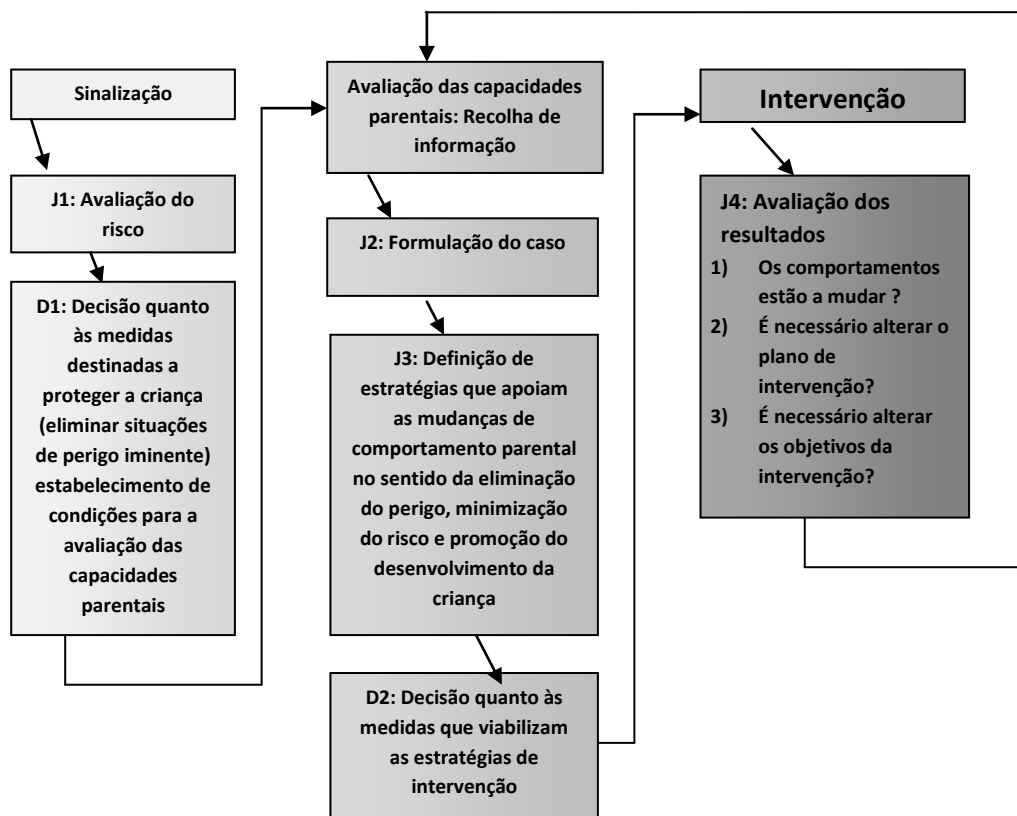


Figura 1. Continuum de juízo clínico e tomada de decisão

Na literatura encontramos frequentemente referidos estudos relacionados com a avaliação do risco (ou perigo) para a criança e dos critérios de decisão relativos à necessidade ou não de a afastar dos prestadores de cuidados atuais de forma a protege-la da situação de perigo (Baird et al.,1999; Collins & Daly, 2011; Littlechild, 2008; Mansell, 2006; McConnell, Llewellyn, & Ferronato, 2006; Munro, 2005; Platt, 2006;

Reis, 2009; Rzepnicki & Johnson, 2005; Schwalbe, 2009; Toros, 2012). O mesmo não acontece com estudos relacionados com a avaliação das capacidades parentais. Dos 11 modelos revistos por Pereira e Alarcão (2010) apenas dois explicitam a forma como a informação recolhida durante a avaliação deve ser ponderada, nomeadamente De Rancourt et al. (2006), autores da primeira adaptação do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais de Paul Steinhauer, e Barudy e Dantagnan (2010), sendo que apenas estes últimos autores propõem uma ponderação da informação que aponta para limiares de decisão relacionados com a intervenção subsequente com os pais/prestadores de cuidados e o projeto de vida da criança.

Adotando a perspectiva do construcionismo social, o processo de avaliação das capacidades parentais não é um processo de busca da verdade, mas antes de construção de conhecimento acerca da forma como *foi, é, e poderá ser* o exercício da parentalidade. É, portanto, um conhecimento processual. Esta construção dependerá do contexto de interação entre o profissional e o prestador de cuidados avaliado, do tipo de relação que estabelecem e das práticas usadas para recolher informação, pelo que refletirá sempre a interação entre o conteúdo do discurso e o processo (Keddell, 2012). Num estudo qualitativo de 16 avaliações de pais de crianças em risco, Holland (2000) verificou que os profissionais não emitiam pareceres favoráveis à reunificação entre pais e crianças quando a relação estabelecida durante a avaliação se caracterizava por posturas de agressividade, conflito ou não adesão por parte dos pais. O contrário acontecia quando os pais adotavam uma postura de cooperação com os profissionais e de reconhecimento das situações de risco. A autora coloca a hipótese de tal postura, por parte dos pais, poder ser adotada de modo a facilitar o regresso das crianças a casa pelo que se torna útil a existência de critérios ou limiares que suportem o processo de decisão.

Na avaliação das capacidades parentais, tais limiares devem operacionalizar os critérios do risco e da norma (Pereira e Alarcão, 2013d) relativamente ao que se considera ser, ou poder vir a ser, a parentalidade minimamente adequada. A norma, área de especialização dos magistrados, remete para uma comparação entre a informação recolhida e o que é considerado coletivamente como adequado; o risco, área de especialização dos técnicos psicossociais, requer a comparação entre a situação atual e as suas implicações desenvolvimentais para a criança. Contudo, saliente-se que nem sempre os processos de juízo clínico e tomada de decisão estão centrados nos mesmos profissionais: pode ser um profissional a desenvolver a avaliação e a alcançar um determinado juízo clínico, mas pode ser um outro, ou uma equipa, a tomar decisões. Além disso, e como se referiu atrás, no contexto português, os profissionais informam as CPCJ e os Tribunais acerca dos seus juízos clínicos, sendo que serão aquelas entidades as responsáveis pelas decisões.

Ao longo deste processo, os profissionais confrontam-se com vários dilemas éticos, perante os quais terão de alcançar compromissos. No âmbito do estudo da validade ecológica do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (Pereira & Alarcão, 2013b), 3 *focus groups* de 10 profissionais portugueses ligados à proteção à infância (profissionais da área psicossocial, magistrados e académicos) apontaram diversos dilemas relacionados com o processo de juízo clínico e a tomada de decisão. Quanto aos primeiros, foram apontados: (1) o dilema entre afeto e competência parental, na medida em que os profissionais se confrontam frequentemente com situações em que as competências manifestadas não são suficientes para garantir o bem-estar da criança, ainda que expressem por ela uma forte ligação afetiva (e.g., pais com limitações cognitivas); (2) o dilema entre o interesse da criança e as posições manifestadas pelos pais, que dizem defender a criança mas que parecem colocar em causa o seu

desenvolvimento (e.g., crianças cujos pais se opõem à adoção, defendendo a continuidade da institucionalização até à maioridade); (3) o dilema entre o tempo útil da criança e o tempo requerido para que a mudança de comportamento parental (e.g., crianças cujos pais entram em comunidades terapêuticas de reabilitação). Quanto aos segundos, relacionados com o processo de decisão: (1) o dilema entre a fiabilidade da avaliação e a confidencialidade da informação (e.g., a necessidade de fundamentar os diferentes juízos pode conflitar com aspetos da confidencialidade da relação estabelecida entre os pais e os diferentes profissionais); (2) o dilema entre os factos reportados e os factos verificáveis em Tribunal (e.g., nem sempre os factos que sustentam a avaliação podem ser provados, o que pode limitar a avaliação a factos muito recentes e corroboráveis, perdendo-se a perspetiva evolutiva das situações e relativizando-se o peso que lhes é atribuído nas conclusões); (3) o dilema entre as propostas de intervenção e a viabilidade da sua concretização, que obriga por vezes os profissionais a optar por medidas contraditórias ao juízo clínico efetuado; (4) o dilema entre a universalidade e a especificidade dos parâmetros de avaliação, ou seja, ainda que cada situação deva ser ponderada na sua especificidade, subsiste a necessidade de a comparar com indicadores universais de parentalidade minimamente adequada, cuja definição não existe.

O recurso a instrumentos que ajudem a clarificar os limiares de decisão afigura-se como uma forma de minimizar tais dificuldades e potenciar a qualidade dos processos de avaliação das capacidades parentais. No contexto português não existem instrumentos validados destinados especificamente à avaliação das capacidades parentais. O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais é um instrumento de juízo clínico para auxiliar o processo de tomada de decisão cuja validação tem vindo a ser desenvolvida. De seguida apresenta-se o estudo de fiabilidade dos critérios de avaliação nele incluídos, desenvolvidos especificamente para o contexto português na sequência das sugestões

decorrentes do estudo de validade ecológica desenvolvido a respeito do referido Guia (Pereira & Alarcão, 2013b).

Método

Participantes

O estudo foi desenvolvido com profissionais dos Centros Distritais de Segurança Social (CDSSs) de Portalegre, Évora e Beja, mais especificamente das Equipas Multidisciplinares de Assessoria aos Tribunais (EMATs) e das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJs) daquelas cidades, bem como dos Centros de Acolhimento Temporário (CATs) dos mesmos distritos. A participação foi autorizada pelos respetivos serviços, perfazendo um total de 23 profissionais, dos quais 83% com mais de 10 anos de experiência profissional na função (4% com menos de 5 anos; 13%, entre 5-10 anos). Em termos académicos, destaca-se a formação em Serviço Social (48%) e Psicologia (35%), tendo que os restantes participantes (17%) formações variadas tais como Educação Social (4%), e outras formações (13%), como a Psicomotricidade ou a Educação de Infância . No que diz respeito ao enquadramento institucional, 48% dos participantes pertencem a CDSS, 9% a CPCJ's e 43% a CAT's.

Foram integrados no estudo 10 casos de crianças (7 do sexo masculino e 3 do sexo feminino) com menos de 6 anos (3 com menos de 1 ano, 4 com 1 ou 2 anos de idade, e 3 com 3 ou mais anos), acolhidas em Centro de Acolhimento Temporário (3 acolhidas há menos de 6 meses, 4 cujo tempo de acolhimento variava entre os 6 e os 12 meses, e 3 acolhidas há mais de 1 ano), por motivos relacionados com situações de negligência (9 casos) ou violência vicariante (1 caso), que mantinham a possibilidade de contacto com os pais durante o acolhimento. Em 6 casos foi avaliada a mãe da criança e em 4 casos, a mãe e o pai. Destes 14 progenitores, 2 tinham menos de 20 anos, 4 tinham idades

compreendidas entre 20 e 30 anos, 7 entre os 31 e os 40 anos, e um tinha mais de 40 anos. 6 dos progenitores avaliados tinham outros filhos referenciados no sistema de promoção e proteção.

Em todos os casos os profissionais concordavam que era pertinente avaliar as capacidades parentais dos prestadores de cuidados dado ser essa uma questão que teriam de clarificar na avaliação e parecer técnico que viesse a fundamentar o projeto de vida de cada criança.

Em cada caso estudado participaram os profissionais da instituição que aplica ou supervisiona a medida de promoção e proteção (CPCJ ou EMAT) e da instituição de acolhimento. É de salientar que esta metodologia tende a espelhar a dinâmica interinstitucional e que quanto maior for o acordo entre os profissionais envolvidos, mais consistente poderá ser o parecer técnico a transmitir aos órgãos judiciais e para-judiciais de tomada de decisão.

Instrumento

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais é uma adaptação (Pereira & Alarcão, 2013c) do instrumento de origem canadiana (De Rancourt et al.; 2006Steinhauer et al., 1993). É composto por 9 dimensões de avaliação, divididas em quatro áreas: a) contexto (1. O contexto sócio-familiar), b) criança (2. A saúde e o desenvolvimento da criança), c) relação prestadores de cuidados-criança (3. Vinculação; 4. Competências Parentais), e d) prestadores de cuidados (5. Domínio dos impulsos; 6. Aceitação da responsabilidade; 7. Fatores que afetam a capacidade parental; 8. Rede social; 9. História de acesso aos serviços). Cada dimensão inclui, para além de diversas questões específicas, um conjunto de questões resumo que incidem sobre as implicações da informação recolhida para o exercício da parentalidade e que permitem o registo das

conclusões do profissional relativas à dinâmica específica de cada caso. Após estas questões, existe um conjunto de critérios que classificam a dimensão avaliada como um recurso principal ou secundário, ou como uma dificuldade secundária ou principal, num *continuum* classificativo do mais para o menos adequado. Estes critérios foram desenvolvidos pelas autoras na sequência dos contributos recolhidos no âmbito do estudo de validade ecológica do instrumento (Pereira & Alarcão, 2013b). Mais especificamente, os participantes sugeriram que fossem discriminados os critérios que permitem classificar a dimensão como recurso ou dificuldade (principal ou secundária). Entendendo estas quatro categorias como componentes dos limiares da decisão a tomar, foram tidos em conta aspetos relacionados com o risco e com as consequências previsíveis da decisão, nomeadamente: impacto no desenvolvimento da criança; disponibilidade e capacidade dos pais para o processo de mudança; disponibilidade e viabilidade de intervenções específicas. Assim, as categorias têm uma designação e um critério geral comuns a todas as dimensões avaliadas, nomeadamente: Recurso principal, inexistência de dificuldades assinaláveis; recurso secundário, dificuldade gerível atualmente pelo/s pais/prestadores de cuidados; dificuldade secundária, dificuldade gerível caso os pais/prestadores de cuidados desenvolvam competências parentais específicas E/OU haja intervenção dos serviços ou modificação de circunstâncias ambientais; dificuldade principal, dificuldade ingerível pelo/s pais/prestadores de cuidados no momento atual e critérios específicos para cada uma delas.

O perfil da capacidade parental, elaborado no final do preenchimento do Guia, a partir de todas as classificações atribuídas, permite a rápida identificação das dimensões que poderão vir a ser focadas no processo de intervenção.

A aplicação dos critérios em estudo foi inicialmente testada com uma profissional profunda conhecedora do instrumento, que não participou na sua adaptação, para identificação de possíveis ajustamentos a realizar, o que não foi considerado necessário.

Procedimentos

O estudo de fiabilidade do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (adapt. de Pereira & Alarcão, 2013) foi composto por 5 momentos distintos:

- (1) formação dos profissionais: todos os profissionais que se previa poderem vir a participar no estudo receberam formação (7 horas) acerca do instrumento nomeadamente sobre o seu enquadramento e utilização, treinada a partir de um caso prático; a versão do instrumento utilizada na formação já continha as alterações decorrentes do estudo de validade ecológica para o contexto de proteção à infância português;
- (2) reunião de partilha de informação: após a identificação de cada caso a inserir no estudo, teve lugar uma reunião de partilha da informação de que os profissionais (EMAT ou CPCJ e equipa do CAT) dispunham tendo como referência as dimensões de avaliação propostas pelo Guia. Esta reunião foi gravada em vídeo e áudio;
- (3) preenchimento independente dos Guias por parte de cada equipa e da investigadora, primeira autora deste trabalho;
- (4) identificação das questões-resumo e das decisões em que houve acordo e desacordo entre os profissionais e a investigadora;
- (5) reunião de clarificação do (des)acordo, na qual foram explicitadas as razões das divergências existentes e, eventualmente, encontradas e fundamentadas posições consensuais.

Esta reunião foi também gravada em vídeo e áudio.

Existiram, portanto, dois momentos de verificação do acordo: M1, após o preenchimento independente do guia, e M2, após a reunião de análise e reflexão sobre o (des)acordo. O tempo que mediou estes dois momentos variou entre 2 a 9 meses, dependendo dos ritmos de trabalho de cada equipa e da disponibilidade de agenda. A análise destes dois momentos permitiu refletir sobre as seguintes questões:

- a informação partilhada permitiu chegar a classificações (recurso/dificuldade, principal/secundária) concordantes entre os três avaliadores em M1?
- as divergências observadas deveram-se à falta de compreensão/domínio do instrumento, à diferença de referenciais que fundamentam o juízo clínico dos avaliadores, ou outras?
- como evoluiu o acordo inter-avaliadores entre M1 e M2? Tal evolução deveu-se à natureza da informação disponível ou à clarificação de conteúdos do próprio instrumento?
- o acordo alcançado nas classificações é da mesma ordem que o alcançado nas questões-resumo, em cada dimensão avaliada? Não sendo, em que dimensões existem diferenças significativas e porquê?

Resultados

As classificações atribuídas e o valor do acordo é apresentado percentualmente no quadro 2. Para M1 e M2, foi calculada a percentagem de respostas consensuais (total ou parcialmente) e discordantes para as questões resumo e decisões em cada dimensão de avaliação. A percentagem de respostas consensuais (total ou parcialmente) e discordantes foi calculada de acordo com a matriz apresentada no quadro 1.

Quadro 1

Matriz de definição do acordo entre os 3 avaliadores, A1, A2 e A3

Tipo de acordo	A1	A2	A3
Acordo total	x	x	x
Acordo parcial	x	x	-
Acordo parcial	x	x	y
Desacordo total	x	y	z
Desacordo total	x	y	-
Missing case	x	-	-

Quadro 2

Frequências das classificações de cada dimensão de avaliação (n=23) e acordo inter-avaliadores

Dimensão de avaliação		Classificações das dimensões											
		Classificações atribuídas (n=23)		md/mc		% acordo –decisão-classificação							
		M1	M2	M1	M2	M1			M2				
						T	P	D	T	P	D		
D1- Contexto	RP	0	0										
	RS	3	2										
	DS	1	2	0/0	0/0	90	10	0	100	0	0		
	DP	19	19										
D2 - Saúde e desenvolvimento da criança	RP	14	14										
	RS	0	0										
	DS	1	0	0/0	0/0	90	10	0	100	0	0		
	DP	8	9										
D3 - Vinculação	RP	1	0										
	RS	1	2										
	DS	4	2	2/0	0/0	60	30	10	100	0	0		
	DP	15	19										
D4 - Competências parentais	RP	1	2										
	RS	0	0										
	DS	4	2	4/0	0/0	40	60	0	90	10	0		
	DP	14	19										
D5 - Domínio dos impulsos	RP	4	5										
	RS	4	2										
	DS	5	4	3/0	0/0	40	60	0	100	0	0		
	DP	7	12										
D6 - Reconhecimento da responsabilidade	RP	1	0										
	RS	0	1										
	DS	4	3	1/0	0/0	70	30	0	90	10	0		
	DP	17	19										
D7-Fatores que afetam as capacidades parentais	RP	1	0										
	RS	1	2										
	DS	1	0	2/0	0/0	60	40	0	100	0	0		
	DP	18	21										
D8 -Rede Social	RP	3	2										
	RS	1	4										
	DS	2	2	4/0	0/0	60	40	0	90	10	0		
	DP	13	15										
D9-História de acesso aos serviços	RP	3	2										
	RS	1	0										
	DS	0	2	5/0	0/0	50	50	0	100	0	0		
	DP	14	19										
Média de acordo total(%)						62			97				

Nota. Q-questão; RP – Recurso principal; RS – Recurso secundário; DS – Dificuldade secundária; DP – Dificuldade principal; mc-missing cases; md-missing decisions; T-acordo total; P-acordo parcial; D-desacordo; M1- momento de preenchimento independente do guia; M2- momento de verificação do acordo.

Das 9 dimensões que integram o Guia, em M1, obteve-se um acordo total igual ou superior a 60% em 6 dimensões e observou-se apenas um desacordo total (D3 – vinculação). Acresce que muitos dos desacordos parciais se deveram a não terem sido assinaladas as decisões e não tanto à existência de diferenças em termos de inferência clínica (e.g., D8 e D9). Assim, de um total de 90 ocasiões em que se verificou acordo entre as classificações dos 3 avaliadores (9 dimensões x 10 casos), observaram-se diferenças de juízo clínico em 14 (15,5%), nas dimensões 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7. É sobre estas situações que incide esta análise (quadro 3).

Quadro 3
Evolução dos acordos parciais e desacordo total

Dimensão	Diferenças verificadas em M1	Acordo alcançado em M2 (S/N)	Evolução da classificação (↑↓≈)
D1 - Contexto	1 – RS/DS	S - DS	↑
D2 - Saúde e desenvolvimento da criança	1- DS / DP	S - DP	↑
D3 - Vinculação	1- RP/DP/md	S - DP	↑
	2- DS / DP	S - DP	↑
	3- RS / DS	S - RS	↓
D4 - Competências parentais	1- DS / DP	S - DP	↑
	2- RP / DS	S- DS	↑
D5 - Domínio dos impulsos	1- RS / DP	S - DP	↑
	2- RS / DS	S - DS	↑
	3- DS / DP	S - DP	↑
D6 - Reconhecimento da responsabilidade	1- DS / DP	S- DP	↑
	2 – RP / DS	N	≈
D7-Fatores que afetam as capacidades parentais	1 – DS / DP	S - DP	↑
	2 – RP / RS	S - RS	↑

Nota. D- dimensão; RP – recurso principal; RS – recurso secundário; DS – dificuldade secundária; DP – dificuldade principal; S – sim; N- não; ↑ - maior gravidade; ↓ - menor gravidade; ≈ - classificação semelhante.

Em M1, observou-se que a maioria dos desacordos (10) corresponde a diferenças entre classificações adjacentes (1 entre recurso principal e recurso secundário, 3 entre recurso secundário e dificuldade secundária e 6 entre dificuldade secundária e dificuldade principal). Em 4 desacordos observaram-se diferenças entre classificações extremas ou interpoladas (1 entre recurso principal e dificuldade principal, 2 entre recurso principal e

dificuldade secundária e 1 entre recurso secundário e dificuldade principal). Nas situações de desacordo em M1, só não foi alcançado acordo em M2 numa ocasião, em que os participantes mantiveram a sua divergência. Das 13 situações em que se alcançou acordo, em 12 observou-se que os avaliadores concordaram em atribuir a classificação mais grave. Em M1, o número de decisões não assinaladas (*md, missing decisions*) prendeu-se, segundo os participantes, com o facto de não disporem de informação suficiente acerca da dimensão em causa para atribuir a classificação. Em algumas situações tal decorreu do facto de os profissionais responderem focados apenas na informação que eles próprios haviam recolhido diretamente e nas características que os prestadores de cuidados apresentavam em tais momentos. Ou seja, não consideraram a informação partilhada em reunião conjunta, prévia ao preenchimento independente do guia. Tida em conta esta informação, em M2, alcançaram-se níveis muito elevados de acordo nas classificações. Saliente-se que em M2 se adotou o procedimento de, após a verificação do acordo relativamente às questões-resumo, se solicitar que os participantes atribuíssem a classificação em falta e só depois se debateram eventuais divergências. Estas reuniões constituíram-se como verdadeiros momentos de reflexão acerca dos casos, nos quais, a par da utilização do próprio instrumento, foi possível debater a forma como a informação partilhada havia sido integrada e utilizada pelos vários participantes. Foi apontado, em várias reuniões, a importância de se ter em conta um mesmo referencial temporal ao utilizar o Guia e de integrar as informações dadas pelos parceiros na construção do juízo clínico. Em M2 foi alcançado um acordo médio total de 97%, o que significa que apenas em 3 dimensões não se alcançou acordo de 100%, e não foram sugeridas alterações aos critérios de classificação das categorias recurso/dificuldade, principal/secundário.

Dado que estes resultados se integram no estudo de fiabilidade mais vasto do instrumento (Pereira & Alarcão, 2013c), considerou-se pertinente perceber como é que os resultados alcançados ao nível do acordo nas questões-resumo se relacionavam com os alcançados nas classificações recurso principal/dificuldade, principal/secundário. No quadro 4 sintetizam-se as médias de acordo total obtidas em M1 e M2, nas questões-resumo e nas decisões.

Quadro 4
Percentagem de acordo total em M1 e M2

Dimensão	% acordo total em M1 (questões-resumo /classificações)	% acordo total em M2 (questões- resumo /classificações)
D1 - Contexto	64/90	92/100
D2 - Saúde e desenvolvimento da criança	85/90	100/100
D3 - Vinculação	38/60	94/100
D4 - Competências parentais	31/40	95/90
D5 - Domínio dos impulsos	46/40	87/100
D6 - Reconhecimento da responsabilidade	69/70	93/90
D7- Fatores que afetam as capacidades parentais	63/60	97/100
D8 - Rede Social	37/60	79/90
D9 – História de acesso aos serviços	58/50	98/100

Nas várias dimensões, alcançaram-se valores muito próximos nas questões-resumo e nas classificações das mesmas dimensões (com níveis mais elevados ou mais reduzidos de acordo total), com exceção da D1, D3 e D8. Nestas dimensões, verificou-se que o

valor de acordo total nas questões-resumo, em M1, era inferior (menos de 20%) ao alcançado nas classificações.

Discussão dos resultados

O juízo clínico que os profissionais fazem no final de um processo de avaliação é um dos componentes da decisão que tomarão relativamente a intervenções subsequentes, de acordo com o modelo de avaliação geral e tomada de decisão (Baumann et al., 2011). Os resultados acima expostos sugerem reflexões quer ao nível do conteúdo, quer ao nível do processo de avaliação, ainda que a sua generalização seja limitada pelo número reduzido de casos que compõem a amostra.

A nível do conteúdo, os elevados valores de acordo inter-avaliadores alcançados levam a concluir que os critérios de classificação desenvolvidos são apropriados para diferenciar e situar as diferentes dimensões num *continuum* (recurso principal/secundário, dificuldade secundária/principal) que as torne comparáveis entre si em termos das suas implicações para o exercício da função parental e para a elaboração de um plano de intervenção futuro. Dos acordos parciais observados, constatou-se que em M2 se alcançou acordo em todos os casos, exceto num, e que a sua evolução foi no sentido da adoção da categoria classificativa de maior gravidade. De facto, se se atentar ao conteúdo das classificações (quadro 3) verifica-se que na sua maioria elas se integram nas categorias de dificuldade. Tal sugere que possa estudar-se mais aprofundadamente se tal opção poderá estar relacionada com limiares de decisão dos profissionais que espelhem uma cultura profissional defensiva.

Ao nível do processo de avaliação, os resultados sugerem que o acordo inter-avaliadores está intimamente ligado com a forma como as avaliações são conduzidas, nomeadamente no que toca à articulação entre profissionais. Ou seja, se se tiver em conta

a mesma informação, a aplicação dos critérios de classificação conduz a um acordo elevado. Como refere Gergen (1989, cit. por Keddell, 2012), os significados atribuídos à informação decorrem de um processo dialógico de co-construção entre os profissionais, os clientes e os parceiros que ocorre ao longo da avaliação das capacidades parentais. As reuniões de verificação do acordo constituíram momentos privilegiados para essa construção, porque foram ocasiões de reflexão sobre a ação. Habitualmente, os profissionais parecem estar muito centrados na ação, mais instantânea e instintiva (Munro, 2005), assente no conhecimento e experiência acumulados por cada um dos profissionais ou das equipas tomadas separadamente, o que, neste complexo contexto da proteção da criança, pode conduzir a avaliações menos completas e a tomadas de decisão mais enviesadas.

Ainda a nível processual, e considerando que as questões-resumo sintetizam o processo de juízo clínico e os critérios de classificação pontuam os limiares de decisão, podem encontrar-se dois tipos de conflito ao comparar o acordo entre estes dois parâmetros: o conflito de juízos e o conflito decisional. O primeiro significa que os avaliadores diferem nas avaliações, mas não diferem nas decisões; o segundo significa que não diferem na avaliação, mas diferem nas decisões. Nas dimensões 1, 3 e 8 o valor de acordo nas questões - mais de 20 pontos percentuais abaixo do valor de acordo nas decisões - pontua a existência de um conflito de juízos, e sugere que se aprofunde e problematize a forma como são construídos os juízos clínicos que sustentam os pareceres relativos a estas áreas; se relativamente à vinculação (D3), se reconhecem algumas dificuldades na sua avaliação (Pereira & Alarcão, 2013a), as discussões ocorridas sugerem que possam eventualmente ocorrer conflitos de juízos decorrentes da centração de alguns profissionais em factos observados (como por exemplo em D1/Q3, as situações de stresse vivenciadas) e não no significado clínico (a qualidade dos mecanismos de

coping, na mesma questão), a que apelavam as questões de níveis superiores de inferência clínica naquelas dimensões (D1 e D8) (Pereira & Alarcão, 2013c).

Conclusões

O processo de tomada de decisão em proteção à infância reflete uma ecologia complexa, na qual o processo de juízo clínico assume especial relevância. A forma como os profissionais fundamentam as suas decisões é frequentemente alvo de críticas, alimentadas pelos resultados das mesmas. O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais pretende constituir-se como um instrumento que auxilie os profissionais nesta tarefa, minimizando erros de avaliação decorrentes da não consideração de critérios e parâmetros de avaliação comuns e objeto de um quadro de leitura semelhante.

Os resultados do estudo apresentado permitem concluir que os critérios de classificação das dimensões de avaliação das capacidades parentais que integram o Guia se afiguram como úteis para distinguir as diferentes formas como cada dimensão influencia o comportamento parental, facilitando a síntese e ponderação da informação recolhida e a fundamentação de planos de intervenção subsequentes, nomeadamente em termos dos eixos a privilegiar na intervenção e das características que a mesma deverá ter. A distinção de quatro pontos num *continuum* de influência no comportamento parental permite comparar os perfis da capacidade parental e associar os mesmos à evolução de pais e crianças, a tipologias de intervenção a desenvolver, ou a medidas de promoção e proteção a aplicar, podendo estes constituir-se como campos de estudo em futuras investigações.

Contudo, é importante salientar que, como refere Gillingham (2011), os instrumentos de tomada de decisão não podem ser vistos como substitutos da perícia clínica. A classificação das diferentes dimensões deve resultar de um processo relacional

de avaliação, que integre os diferentes sujeitos que nele participaram (pais, crianças e parceiros), e não espelhar apenas a visão de um só profissional. O investimento na formação e supervisão dos técnicos relativamente à capacidade de pensar criticamente e lidar com a complexidade deve ser prioritário (Gillingham & Humphreys, 2010).

Referências Bibliográficas

- Baird, C., Wagner, D., Healy, T., & Johnson, K., (1999). Risk assessment in child protective services: Consensus and actuarial model reliability. *Child Welfare*, 78(6), 723-748.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafios invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa
- Baumann, D., Dalglish, L., Fluke, J., & Kern, H. (2011). *The decision-making ecology*. Washington DC: American Humane Association.
- Bunston, W. (1997). Encouraging therapeutic reflection in child and adolescent protective services. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 18(2), 61-69.
- Collins, E., & Daly, E. (2011). *Decision making and social work in Scotland: The role of evidence and practice wisdom*. Glasgow: Institute for Research and Innovation in Social Services.
- Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (2011). *Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Retrieved from http://www.cnpcjr.pt/downloads/Guia_acciao_social.pdf

- Cunha, C. (2009, Setembro). *O papel das IPSS na promoção e proteção dos direitos das crianças*. Comunicação apresentada no Curso de Formação “O acesso e a promoção do Direito das Crianças e Jovens” do Centro de Estudos Sociais, Coimbra.
- Cunha, S. (2012), "A tomada de decisão na protecção à infância. Como decidimos o que é o Supremo Interesse da Criança?", *Atas do VII Congresso Português de Sociologia: Sociedade, Crise e Reconfigurações*, Associação Portuguesa de Sociologia.
- De Rancourt, L., Paquette, F., Paquette, D., & Rainville, S. (2006) *Guide d'évaluation des capacités parentales : Adaptation du guide de Steinhauer: 0 à 5 ans* (3éd.). Montréal: Centres Jeunesse de Montréal.
- Family Disability Studies Initiative (2012). *Parenting capacity assessments: Some guiding principles* (Practice Points). Retrieved from <http://www.fdsa.ualberta.ca/AboutUs/SupportingParentswithIntellectualDisabilities/PracticePoints/Capacity.aspx>.
- Gillingham, P., & Humphreys, C. (2010). Child protection practitioners and decision-making tools: Observations and reflections from the front line. *British Journal of Social Work*, 40(8), 2598-2616. doi:10.1093/bjsw/bcp155.
- Gillingham, P. (2011). Decision-making tools and the development of expertise in child protection practitioners: Are we ‘just breeding workers who are good at ticking boxes’? *Child & Family Social Work*, 16(4), 412-421. doi: 10.1111/j.1365-2206.2011.00756.x
- Holland, S. (2000). The assessment relationship: Interactions between social workers and parents in child protection assessments. *British Journal of Social Work*, 30(2), 149-163.

- Keddell, E. (2012). *Beyond care versus control: Decision-making discourses and their functions in child protection social work*. (Unpublished doctoral dissertation) , University of Otago, Dunedin.
- Kellett, J., & J. Apps (2009). Assessments of parenting and parenting support need: A study of four professional groups. York, Joseph Rountree Foundation.
- Kim, A. K., Brooks, D., Kim, H., & Nissly, J. (2008). *Structured decision making® and child welfare service delivery project*. Berkeley: University of California at Berkeley, California Social Work Education Center.
- Littlechild, B. (2008). Child protection social work: Risks of fears and fears of risks – impossible tasks from impossible goals? *Social Policy & Administration*, 42(6), 662-675. doi: 10.1111/j.1467-9515.2008.00630.x
- Mansell, J. (2006). The underlying instability in statutory child protection: Understanding the system dynamics driving risk assurance levels. *Social Policy Journal of New Zealand*, (28), 97-132.
- McConnell, D., Llewellyn, G., & Ferronato, L. (2006). Context-contingent decision-making in child protection practice. *International Journal of Social Welfare*, 3(15), 230-239. doi: 10.1111/j.1468-2397.2006.00409.x
- Melo, A. T., & Alarcão, M. (2011). Avaliações em situações de risco e perigo para as crianças: Um roteiro organizador. *Análise Psicológica*, 3(XXIX), 451.466.
- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse and Neglect*, 23(8), 745–758.
- Munro, E. (2005). What tools do we need to improve identification of child abuse? *Child Abuse Review*, 14(6), 374-388. doi: 10.1002/car.921
- Munro, E. (2011). *The Munro review of child protection: Final report, a child-centred system*. London: Department of Education.

- O' Sullivan, T. (2011). *Decision making in social work* (2nd ed.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2010). Avaliação da parentalidade no quadro da proteção à infância. *Temas em Psicologia, 18*(2), 499-517.
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2013a). *L'attachement et la capacité parentale: Implications pour le processus d'évaluation dans le contexte de la protection de l'enfance*. Manuscrito submetido para publicação.
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2013b). *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo de validade ecológica*. Manuscrito submetido para publicação.
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2013c). *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo exploratório da fiabilidade em profissionais da proteção à infância*. Manuscrito em preparação.
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2013d). *Parentalidade minimamente adequada: Contributos para a operacionalização do conceito*. Manuscrito submetido para publicação.
- Platt, D. (2006). Threshold decisions: How social workers prioritize referrals of child concern. *Child Abuse Review, 15*(1), 4-18.
- Platt, D., & Turney, D. (2013). Making threshold decisions in child protection: A conceptual analysis. [10.1093/bjsw/bct007]. *British Journal of Social Work*.
- Reis, V. (2009). *Crianças e jovens em risco (Contributos para a organização de critérios de avaliação de fatores de risco)*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/>
- Rzepnicki, T. L., & Johnson, P. R. (2005). Examining decision errors in child protection: A new application of root cause analysis. *Children and Youth Services Review, 27*(4), 393-407. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.11.015>

Schwalbe, C. (2004). Re-visioning risk assessment for human service decision making.

Children and Youth Services Review, 26, (6), 561–76.

Schwalbe, C. (2009). Risk assessment stability: A revalidation study of the Arizona

Risk/Needs Assessment Instrument. *Research on Social Work Practice, 19*(2), 205-213.

Steinhauer, P., Leitenberger, M., Manglicas, E., Pauker, J., Smith, R., & Gonçalves, L.

(1993). *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Toronto: L'Institut pour la Prévention de l'enfance maltraitée.

Tilbury, C., Osmond, J., & Scott, T. (2009). Teaching critical thinking in social work

education: A literature review. *Advances in social work and welfare education, 1*(1), 31-50.

Toros, K. (2012). Factors that affect decision making in child protection assessment in

Estonia: The removal of children from home. *International Journal of Business and Social Science, 3*(22), 81-91.

Welbourne, P. (2012). *Social work with children and families: Developing advanced*

practice. Oxon: Routledge.

2.5 Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo de validade preditiva*

Dora Pereira & Madalena Alarcão

Resumo

O prognóstico relativo à evolução dos prestadores de cuidados no âmbito das avaliações das capacidades parentais é uma tarefa complexa, muitas vezes determinante para o futuro das crianças e das famílias, mas também indevidamente fundamentada. Este estudo teve como objetivo avaliar a validade preditiva da Grelha de Previsão do Potencial de Mudança incluída no *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais* (De Rancourt, Paquette, Paquette, & Rainville, 2006). Foi estudada a evolução da hipótese prognóstica de 10 casos aos 6 meses e 1 ano após a avaliação inicial efetuada por profissionais que acompanhavam a criança e o prestador de cuidados. Os resultados evidenciam um valor preditivo de 100% aos 6 meses e de 90% aos 12 meses, apontando o instrumento como muito promissor. A abertura dos prestadores de cuidados à intervenção salientou-se como o item da grelha no qual ocorreu maior número de alterações. São discutidas as implicações deste estudo exploratório para a intervenção.

Palavras – chave: capacidades parentais, prognóstico, validade preditiva, proteção à infância

Abstract

The prognosis for the evolution of carers in the context of parenting capacity assessments is a complex task, often decisive for the future of children and families, but also improperly reasoned. This study aimed to investigate the predictive validity of the Grid of Potential Change Forecast included in Parental Capacities Assessment Guide (De Rancourt, Paquette, Paquette, & Rainville, 2006). We studied the evolution of the prognostic hypothesis of 10 cases at 6 months and 1 year after the initial assessment performed by professionals who accompanied the child and the carer assessed. The results suggest a predictive value of 100% at 6 months and 90% at 12 months, pointing the instrument as very promising. The openness of carers for intervention was the item of the grid in which have occurred many changes. Some implications of this exploratory study for intervention are pointed.

Keywords: parenting capacities, prognosis, predictive validity, child protection

* Artigo submetido à revista *Iberian Journal of Clinical & Forensic Neuroscience*. O artigo está organizado de acordo com as normas da revista.

As situações de maus tratos infantis suscitam, segundo Barnum (1997), quatro questões: os factos, o dano, as capacidades parentais e o prognóstico. Aos serviços envolvidos na proteção à infância é exigida a dupla tarefa de proteger a criança das situações de perigo e de evitar que volte a vivenciá-las no futuro. Ou seja, espera-se que os profissionais previnam recidivas, a curto, médio ou mesmo longo-prazo, utilizando a própria organização do sistema de proteção à infância, nomeadamente as medidas de proteção previstas legalmente e as suas normas de aplicação. Autores como Budd, Clark e Connell (2011), López, Casimiro, Quintana e Chaves (2009) e Morton (2000), salientam a importância da inclusão do prognóstico no processo de avaliação das capacidades e competências parentais no sentido de perceber qual a possibilidade de a situação evoluir positivamente e das eventuais sequelas da mesma na criança serem reversíveis. Ou seja, os profissionais devem ser capazes de avaliar a evolução dos comportamentos de um determinado prestador de cuidados e definir a intervenção que a mesma deve assumir para que a probabilidade de mudança seja maximizada.

A literatura sobre prognóstico no contexto da proteção à infância centra-se, essencialmente, na recidiva de situações de maus tratos (Barber et al., 2007; Baumann et al., 2011; Camasso & Jagannathan, 2000; DePanfilis & Zuravin, 1999; Kahn & Schwalbe, 2010; Regehr, Bogo, Shlonsky, & LeBlanc, 2010; Schwalbe, 2008; Shlonsky, Saini, & Wu, 2007), e não sobre a avaliação da evolução do comportamento dos prestadores de cuidados. White e Walsh (2006), afirmam, no entanto, que não é adequado desenvolver uma avaliação do risco sem uma compreensão abrangente do funcionamento familiar e consideram fundamental que a identificação dos fatores associados ao bom/mau prognóstico resulte não apenas da evidência estatística mas da leitura clínica de cada processo de avaliação.

A complexidade das decisões tomadas ao longo do processo de avaliação decorre da multiplicidade de fatores envolvidos e da inscrição multisistémica (Bronfenbrenner, 1999) do comportamento parental, do desenvolvimento da criança e do próprio fenómeno dos maus tratos infantis. Tal significa que as decisões não devem resultar da leitura de relações causais, imediatas e lineares, mas antes da análise da interação simultânea de diferentes variáveis, numa causalidade circular que exige uma visão sistémica (Gambrill, 2008; Munro, 2005; Turney, Platt, Selwyn & Farmer, 2012).

A compreensão (da evolução) do funcionamento parental exige que os profissionais sejam capazes de dar sentido à informação recolhida durante a avaliação, procurando “o padrão que liga” (Bateson, 1979) e desenvolvendo uma formulação sistémica do caso que deve integrar e sintetizar o conhecimento obtido através do processo de avaliação, de forma a possibilitar a descrição do problema, a compreensão da sua génese, do seu desenvolvimento e manutenção, bem como a planificação da intervenção (Brandon et al., 2008). Cada nova evolução ou cada novo acontecimento deve ser entendido de forma abrangente no quadro dos sistemas em que se enquadra o prestador de cuidados (e o próprio avaliador) em vez de decorrer de um significado pré-suposto. A informação que ajuda a avaliar o potencial de mudança deve ser entendida como indicativa (Holder, 2000), porque sujeita a revisões. A formulação do caso e o prognóstico associado espelham a leitura desenvolvimental e integrada do ecossistema que o avaliador efetua num determinado momento. Entendendo-se o avaliador como um dos sistemas desta ecologia, o mesmo deve manter-se aberto a nova informação e fazer uma utilização rigorosa da evidência científica e das metodologias de avaliação e intervenção.

Neste artigo discutem-se as potencialidades e limites dos prognósticos no âmbito da avaliação das capacidades parentais e apresentam-se os resultados de um estudo

exploratório sobre a validade preditiva da escala de prognóstico de mudança que integra a adaptação para o contexto português do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (Pereira & Alarcão, 2013).

Diagnóstico e Prognóstico na Avaliação das Capacidades Parentais

A avaliação da parentalidade implica a compreensão de como, em cada caso, interagem os diferentes sistemas em que o prestador de cuidados (e a criança) se inserem e de como se caracterizam a capacidade e as competências parentais tendo em conta três referenciais temporais: a história da parentalidade até ao momento da avaliação, a situação atual, e as perspectivas de evolução. Entende-se que o diagnóstico corresponde à formulação do caso que é feita no momento atual, a partir da qual se prognosticam possíveis evoluções. É importante salientar que embora a avaliação do risco em que a criança se encontra e a avaliação das competências e da capacidade parental ocorram muitas vezes em simultâneo, elas têm objetivos diferentes pelo que a forma como eventuais conclusões relativas ao risco se refletem na avaliação da capacidade parental, e vice-versa, é algo que deve ser claramente articulado e estar presente na fundamentação das decisões relativas às medidas de proteção à infância. Observa-se que, na prática da proteção à infância, tende a desenvolver-se uma intervenção reativa às diferentes situações ou fatores de risco que vão sendo identificados, o que pode acarretar sérios prejuízos para o desenvolvimento da criança (cf. Brown & Ward, 2012). Donald e Jureidini (2004) referem que decisões relativas à reunificação após um período de acolhimento são frequentemente tomadas com base apenas na presença ou ausência de fatores de risco relativos à segurança da criança, sem ter-se em conta as capacidades parentais. Pelo contrário, a elaboração de um prognóstico sobre a evolução da capacidade parental permitirá desenvolver intervenções proactivas (Brown & Ward, 2012),

prevenindo eventuais sequelas para o desenvolvimento da criança. Pode efetuar-se um prognóstico preliminar, centrado na probabilidade de recidiva de situações de perigo para a criança, e um prognóstico após a avaliação detalhada do funcionamento parental (Holder, 2000). Harnett (2007) tem uma opinião semelhante e propõe um modelo de avaliação da capacidade de mudança dos pais que foca os progressos feitos pelos mesmos em resposta a intervenções propostas durante o processo de avaliação. Ou seja, a avaliação constitui também uma forma de intervenção e uma forma de avaliar o envolvimento dos prestadores de cuidados no processo de mudança.

Prognóstico e mudança

Mudar...o quê?

Mudar, no contexto da proteção à infância, significa corrigir o desvio entre o funcionamento parental atual e aquele que garante a proteção da criança e a promoção do seu desenvolvimento (Wulczyn, et. al., 2010). Tal vai para além de comportamentos específicos que possam ter colocado a criança em perigo. A prevenção terciária aqui implicada centrar-se-á na maximização da capacidade parental, sendo um processo de desenvolvimento pessoal (Donald & Jureidini, 2004) que implica, para além dos prestadores de cuidados, outros elementos da família e da comunidade, bem como os próprios profissionais. Estes estão implicados na relação que estabelecem com os pais durante o processo de avaliação e que pode (ou não) constituir-se como um fator promotor da mudança (Holland, 2000; Littell & Girvin, 2006), mas também na identificação e implementação das estratégias de intervenção que melhor possam facilitá-la. Assumem assim parte da responsabilidade pela mudança juntamente com a família (Morton, 2000). Entendendo-se os serviços como promotores do processo desenvolvimental de mudança, considera-se que assumem (ou deverão assumir) as

características apontadas por Bronfenbrenner (1999) para os processos proximais. Mais especificamente, devem: i) propor ações regulares, ao longo de um período de tempo alargado, durante o qual as mesmas se tornem progressivamente mais complexas; ii) potenciar iniciativas e respostas por parte dos serviços e por parte dos prestadores de cuidados e iii) incluir ações que requeiram a mobilização de capacidades tais como atenção, exploração, manipulação, elaboração e imaginação. Repare-se como os contextos de interação entre pais e filhos poderão ser potenciados em contexto de acolhimento institucional se passarem a ter estas características.

O modelo transteórico da mudança, de Prochaska e DiClemente (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992), tem sido apontado como uma importante referência para situar os pais no processo de mudança (Morrison, 2010). Tendo em conta as 5 fases que preconiza (pré-contemplação, contemplação, determinação, ação, manutenção e recidiva), espera-se que as pessoas na fase da pré-contemplação tenham menor probabilidade do que as que se situam nas fases de contemplação e determinação para entrar no tratamento, permanecer nele, e ter sucesso na alteração dos seus comportamentos. Aplicando o modelo às situações de mau trato infantil, Gelles (2000) propõe que a fase e o risco de mau trato constituam as duas dimensões em função das quais poderá pensar-se a medida de intervenção mais adequada: por exemplo, com pais com elevado risco de recidiva de mau trato e que se situem nos estádios de pré-contemplação e contemplação, a medida mais adequada a seria a cessação dos direitos parentais, desaconselhando-se a reunificação. Contudo, como referem Littell e Girvin (2004, 2005), não só a evidência empírica não apoia de forma consistente a validade preditiva destas fases como um prestador de cuidados pode estar simultaneamente em diversas fases de mudança, dependendo do comportamento específico que estiver a ser considerado. Os autores consideram que um modelo bidimensional, que integre o

reconhecimento do problema e as intenções de mudar, se adequa melhor aos casos de proteção à infância, tendo em conta os resultados dos estudos realizados (Littel & Girvin, 2005, 2006). Salientam ainda que a aparente disponibilidade dos pais para mudar afeta as decisões dos profissionais e que a afirmação da mesma não deve ser confundida com a real intenção de mudar.

Bons e maus prognósticos

O prognóstico constitui um juízo global e complexo que deve ter em conta múltiplos aspetos (López, Rosales, Chávez, Byrne, & Cruz, 2009). Encontram-se na literatura diversas referências a fatores de bom e mau prognóstico relativamente à evolução dos pais e, mais especificamente, à possibilidade de aplicação de medidas como a reunificação familiar. Ao rever algumas dessas referências (Anexo 1) constata-se que tais fatores podem agrupar-se em quatro grupos: (1) contexto, (2) comportamento dos prestadores de cuidados relativamente à criança, incluindo as sequelas que já originou até ao momento, (3) fatores que afetam as capacidades parentais (e.g., violência doméstica, abuso de substâncias, doença mental, limitações intelectuais e desenvolvimentais), e (4) história do problema, reconhecimento do mesmo e adesão à intervenção. No âmbito da avaliação das capacidades parentais, é muito importante a avaliação da adesão dos pais à intervenção já desenvolvida e/ou a desenvolver, dado estar-se a prognosticar a evolução futura do funcionamento parental e a possibilidade de maximizar a capacidade parental. Compreende-se assim que motivação para a mudança pode ser um importante fator de prognóstico, sendo pertinente avaliar não só a intenção de mudança (o que prestador de cuidados diz, o que faz, como planeia a resolução dos problemas, até que ponto dirige as suas intenções para as questões da proteção) mas também a mobilização para a mesma (se tentou, se participou, se seguiu indicações, se é

confiável e fez progressos). Littell e Girvin (2006), salientam que acontecimentos de vida positivos (e.g., arranjar trabalho, apaixonar-se/ ter um novo companheiro/a, receber um prémio ou uma prenda, ter novos equipamentos ou mobílias, receber elogios de alguém importante) e negativos (e.g., perder o emprego, ter maus resultados a nível profissional, divorciar-se ou separar-se, ser roubado, ser preso, ser agredido, ter um acidente) podem influenciar a motivação dos pais para a mudança, pelo que o prognóstico não pode, obviamente, ser visto como definitivo. Como refere Holder (2000), prognosticar é um processo fluido pelo que o prognóstico de um profissional acerca de uma família pode mudar ao longo do seu envolvimento com essa família.

Os profissionais e a elaboração de prognósticos

As características dos profissionais e dos serviços parecem estar associadas a variações no envolvimento e participação dos prestadores de cuidados no quadro da aplicação de medidas de proteção em meio natural de vida. Mais especificamente, são apontadas a experiência dos profissionais, o número de casos em acompanhamento, a frequência dos contactos com as famílias (Littell & Girvin, 2006) e a relação (controlo/ajuda) estabelecida com as mesmas (Littell & Girvin, 2004; López, Casimiro, et al., 2009). Littell e Girvin (2005) salientaram que não é claro até que ponto e como é que a disponibilidade para a mudança afeta e/ou é afetada pela aliança, pela disponibilização de outros serviços, pelas características do contexto de tratamento e por factores económicos e sociais mais abrangentes, devendo estes pontos ser objeto de futuras investigações, não obstante outros autores (McCurdy & Daro, 2001) terem já verificado que o envolvimento e manutenção dos pais em processos de intervenção podem ser afetados por variáveis como o tipo de intervenção, o profissional e o contexto em que a mesma ocorre. Woodcock (2003) salienta que a forma como os técnicos constroem

juízos acerca do funcionamento parental, e disponibilizam serviços em função dos mesmos, pode traduzir-se em atribuir aos prestadores de cuidados uma postura de resistência à mudança decorrente da incorreta compreensão do seu funcionamento. Não se abordará neste artigo a qualidade dos serviços disponibilizados, nem a sua adequação às necessidades dos pais. Foca-se a hipótese prognóstica em termos de mudança, partindo do pressuposto de que tal mudança será potenciada pela qualidade dos serviços existentes. Contudo, este é um tema fulcral, pois não pode avaliar-se como negativa a capacidade dos pais usufruírem dos serviços se estes não forem adequados às suas necessidades e características.

Segundo Morton (2000) os serviços que trabalham no contexto de proteção da criança podem utilizar diferentes estratégias de intervenção: (1) eliminar ou reparar os fatores que contribuíram para a situação atual, associando-os a intervenções que promovam uma efetiva mudança; (2) gerir ou controlar tais fatores de forma a limitar os seus efeitos ou consequências (e.g., gerindo os fatores precipitantes em vez de os eliminar); ou (3) gerir ou limitar as consequências, situação em que a avaliação tende a focar-se no risco de recidiva e nos níveis de restrição necessários para a prevenir. Propõe-se que estes três tipos de intervenção estejam associados ao resultado da avaliação das capacidades parentais e, mais especificamente, ao prognóstico realizado, no sentido em que quanto melhor for o mesmo maior será a probabilidade de se utilizarem com sucesso as estratégias relacionadas com os dois primeiros tipos de intervenção. Caso o prognóstico seja negativo, a intervenção será sobretudo do tipo 3 e, no limite, pode levar à alteração de prestador de cuidados. Saliente-se que o prognóstico decorre de uma avaliação que incide sobre uma criança e um (ou dois) prestador(es) de cuidado(s), o que significa que não deve ser transposto automaticamente para outras díades. A elaboração do prognóstico deve pois decorrer da análise dos resultados da avaliação das capacidades

parentais. Na prática raramente se veem referidos os prognósticos de evolução e, quando o são, carecem de fundamento, assentando muitas vezes na convicção pessoal do profissional (Steinhauer, 1991).

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (De Rancourt, Paquette, Paquette, & Rainville, 2006) é um instrumento que orienta o juízo clínico a desenvolver no âmbito deste tipo de avaliações e que inclui a Grelha de Previsão do Potencial de Mudança. A validade preditiva de um instrumento remete para a associação entre aquilo que o instrumento avalia e determinados eventos futuros (Cardoso, 2006; Loaman & Siegel, 2004). A validação é possível observando se tais eventos ocorrem ou não e determinando se a sua ocorrência está ou não relacionada com a avaliação.

É a validade preditiva daquela grelha que se aborda no estudo exploratório que a seguir se apresenta.

Método

Participantes

O estudo foi desenvolvido com profissionais dos Centros Distritais de Segurança Social (CDSSs) de Portalegre, Évora e Beja, mais especificamente das Equipas Multidisciplinares de Assessoria aos Tribunais (EMATs, n=11), das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJs, n=2) daquelas cidades, e dos Centros de Acolhimento Temporário (CATs, n=10) dos mesmos distritos. A participação dos profissionais foi autorizada pelos respetivos serviços, perfazendo um total de 23 profissionais, dos quais 83% com mais de 10 anos de experiência profissional na função (13% entre 5 e 10 anos e 4% com menos de 5 anos) e formação académica em Serviço Social (48%, n=11), Psicologia (35%, n=8), Educação Social (4%, n=1) ou Outra (13%, n= 13).

Foram integrados no estudo 10 casos de crianças com menos de 6 anos, acolhidas em Centro de Acolhimento Temporário, que mantinham a possibilidade de contacto com os pais durante o acolhimento. A seleção destes casos justifica-se por se considerar que quando a criança é acolhida é reconhecido que está numa situação de perigo e que a continuidade junto dos prestadores de cuidados poderia acarretar sequelas muito graves para o seu desenvolvimento, o que significa que as capacidades parentais dos prestadores de cuidados foram postas em causa. Em todos os casos inseridos no estudo os profissionais concordavam que era pertinente avaliar as capacidades parentais dos pais/prestadores de cuidados, dado ser essa uma questão que teriam de clarificar na avaliação e parecer técnico que viesse a fundamentar o projeto de vida daquela criança.

Em cada caso estudado participaram os profissionais da instituição que aplica ou supervisiona a medida de promoção e proteção (CPCJ ou EMAT) e da instituição de acolhimento (CAT). É de salientar que esta metodologia espelha a dinâmica interinstitucional que ocorre ao longo dos processos de promoção e proteção.

Instrumento

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais utilizado é uma adaptação (Pereira & Alarcão, 2013) do instrumento de origem canadiana com o mesmo nome (De Rancourt, Paquette, Paquette, & Rainville, 2006; Steinhauer et al., 1993).

É composto por 9 dimensões de avaliação, divididas em quatro áreas: contexto (1. O contexto sócio-familiar), criança (2. A saúde e o desenvolvimento da criança), relação prestadores de cuidados-criança (3. Vinculação; 4. Competências Parentais), e prestadores de cuidados (5. Domínio dos impulsos; 6. Aceitação da responsabilidade; 7. Fatores que afetam a capacidade parental; 8. Rede social; 9. História de acesso aos serviços). Cada dimensão inclui diversas questões específicas e um conjunto de questões

resumo que incidem sobre as implicações da informação recolhida na avaliação do exercício da parentalidade e que sintetizam as conclusões do profissional. Existe ainda um conjunto de critérios de classificação que permite classificar a dimensão avaliada como um recurso principal ou secundário, ou como uma dificuldade secundária ou principal, num contínuo classificativo do mais para o menos adequado.

No final do Guia encontra-se a Grelha de Previsão do Potencial de Mudança que requer que o profissional assinale a forma como avalia diferentes aspetos que contribuem para este prognóstico, nomeadamente o desenvolvimento da criança, o tempo de duração da situação problema, a presença de problema psiquiátrico que afete as capacidades parentais, a utilização passada dos serviços pelo prestador de cuidados e o sucesso de tal intervenção, as competências parentais atuais, a abertura atual e a vontade dos pais em procurar e utilizar ajuda, a aceitação de responsabilidade, a sua capacidade de conter as tensões, a existência de apoio exterior e a vontade de o utilizar. Estas respostas, já registadas ao longo do instrumento nas dimensões que respeitam diretamente cada uma daquelas temáticas, são compiladas nesta grelha com o objetivo de construir um prognóstico fundamentado. Tal é conseguido situando a evolução dos prestadores de cuidados numa de duas hipóteses prognósticas: A) potencial de mudança encorajador; B) alto risco de cronicidade, consoante se observe um maior número de respostas respeitantes a uma ou outra hipótese.

O Guia é portanto um instrumento de juízo clínico orientado (Barlow, Fisher, & Jones, 2012), na medida em que propõe um conjunto de itens de avaliação baseados na evidência empírica, mas o juízo clínico é do profissional. Como referem Steinhauer et al. (1993), não se centra na identificação de factos isolados, mas orienta antes para a identificação de padrões de comportamento. A sua utilização implica um trabalho prévio de recolha de informação em diversos momentos e com recurso a vários sujeitos e

métodos. Ou seja, requer-se que sejam desenvolvidos: a) entrevistas com os prestadores de cuidados e outros membros da família, b) observação de interações entre os mesmos e a criança, c) contactos com outros serviços envolvidos e d) visitas domiciliárias. A informação recolhida é registada sob a forma de resposta às questões colocadas pelo Guia, de forma a constituir um todo consistente, passível de leitura e análise subsequente.

Procedimentos

O estudo desenvolvido incidu sobre a validade preditiva da grelha de previsão do potencial de mudança. Ou seja, o que estava em causa era perceber se a hipótese prognóstica formulada estava efetivamente associada à cronicidade da situação ou à sua alteração. Para isso, procurou verificar-se, junto de cada equipa, passados 6 meses e 12 meses, se a hipótese prognóstica (HA - potencial de mudança encorajador; HB - alto risco de cronicidade) se mantinha.

Para tal, contactaram-se os profissionais das equipas das EMATs, das CPCJs e dos CATs que estavam ou tinham estado envolvidos com os 10 casos em análise no estudo de fiabilidade deste instrumento (Pereira e Alarcão, 2013). Nesse âmbito os profissionais tinham sido já envolvidos numa primeira fase de apresentação do Guia e formação sobre o seu preenchimento e em três fases subsequentes de i) partilha de informação sobre o caso, ii) preenchimento do guia por parte de cada uma das equipas envolvidas e da primeira autora, iii) esclarecimento e discussão sobre os desacordos no preenchimento do instrumento e reclassificação das dimensões (recurso/dificuldade principal/secundária) quando obtido consenso.

No que diz respeito à grelha de avaliação do potencial de mudança, objeto deste artigo, procedeu-se da seguinte forma: partiu-se do preenchimento efetuado pelas equipas após a reunião de partilha de informação (T1), e passados 6 meses e 12 meses, solicitou-

se novamente o seu preenchimento junto dos profissionais que continuavam a acompanhar o prestador de cuidados. Saliente-se que após a finalização do acolhimento, a equipa do CAT deixa (na maior parte das situações) de ter contacto com a criança e a família, enquanto a EMAT mantém o acompanhamento da situação (desde que se mantenha a zona de residência). Esta verificação foi feita através de questionamento direto por parte da primeira autora a cada equipa, sendo igualmente questionado, em caso de alteração da hipótese prognóstica se haviam ocorrido acontecimentos positivos ou negativos no período em análise.

A hipótese prognóstica foi verificada de acordo com os seguintes indicadores:

- HA: ocorreram mudanças no comportamento parental que viabilizaram o regresso da criança para junto dos prestadores de cuidados e não há registo de novas sinalizações nos serviços;

- HB: a criança mantém-se acolhida por não se verificarem mudanças no comportamento parental; a criança está com novos cuidadores mas não tem contactos com o prestador de cuidados (PC) avaliado por decisão deste; o PC avaliado exerce a função parental com outra/s criança/s relativamente às quais existem sinalizações nos serviços de proteção à infância.

Estando presentes estes indicadores, considerou-se que a hipótese tinha sido verificada (sim); foi assumido o contrário (não) caso não se observassem.

Resultados

No quadro 1 registam-se as respostas em T1 para cada item de análise da grelha e, em cada caso, assinalando-se se tais respostas foram alteradas nos momentos subsequentes (T2, passados 6 meses e T3, passados 12 meses).

Quadro 1

Respostas à grelha de previsão do potencial de mudança em T1

Pontos de análise da grelha de previsão do potencial de mudança	Casos										Totais (n=11)	
	1	2	3		4	5	6	7	8	9		10
			PC1	PC2								
Desenvolvimento da criança	A	X	X			X	X		X	X	X	7
	B			X	X	X		X				4
Aparecimento dos problemas	A			X	X					X		3
	B	X	X			X	X	X	X		X	8
Problema psiquiátrico que afeta as capacidades parentais	A					X			X	X		3
	B	X	X	X	X	X		X ¹	X ¹		X	8
Utilização dos serviços no passado e sucesso da intervenção	A			X	X	X			X		X	5
	B	X	X				X	X ²		X	X	6
Competências parentais atuais	A		X ¹								X	2
	B	X		X	X	X	X	X	X	X	X	9
Abertura atual, vontade dos pais de procurar e utilizar habitualmente ajuda	A		X ¹		X						X	3
	B	X		X	X		X	X ¹	X ¹	X	X	8
Aceitação da responsabilidade pelos pais	A										X	1
	B	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Capacidade de conter as tensões	A					X	X		X	X	X	5
	B	X	X	X	X			X ²			X	6
Apoio exterior e capacidade de o utilizar	A								X		X	2
	B	X	X	X	X	X	X	X ¹		X	X	9
Total (A)		1	3	2	2	3	3	1	3	3	9	1
Total (B)		8	6	7	7	6	6	8	6	6	0	8
Hipótese		B	B	B	B	B	B	B	B	B	A	B

Nota. ¹ - alterou-se aos 6 meses e manteve alteração aos 12 meses; ² - alterou-se aos 12 meses; PC – prestador de cuidados: PC1 – mãe; PC2 – pai

No conjunto dos 10 casos, aos quais correspondem 13 prestadores de cuidados avaliados, constata-se que o desenvolvimento da criança é o ponto de análise onde surgem mais respostas relacionadas com a hipótese A (HA – potencial de mudança encorajador), ou seja, o desenvolvimento da criança está pouco ou nada alterado (7 casos). Por outro lado, a aceitação da responsabilidade é aquele em que se observaram mais respostas (10 prestadores de cuidados) que remetem para a hipótese B (HB – alto risco de cronicidade), evidenciando ausência de aceitação da responsabilidade por parte do prestador de cuidados avaliado. Também as competências parentais atuais e a disponibilidade e capacidade para utilizar apoio exterior (9 prestadores de cuidados) ou a disponibilidade atual para o procurar (8 prestadores) apresentam um número muito elevado de respostas que remetem para a HB. Os itens cujas respostas se distribuem de

forma quase equitativa pelas duas hipóteses são a utilização dos serviços no passado e o sucesso da intervenção, e a capacidade de conter as tensões. Verificou-se que, nesta amostra, apenas num caso se apontou a hipótese prognóstica A, enquanto em todos os outros foi apontada a HB.

Ao longo do período em estudo verificou-se alterações em alguns itens, nomeadamente: três casos em que a abertura dos pais à intervenção se alterou (passando dois casos a remeter para HA aos 6 meses e um caso para HB, também aos 6 meses); dois casos em que os problemas psiquiátricos passaram a estar controlados (passando a remeter para HA aos 6 meses); um caso em que a utilização dos serviços no passado, o sucesso da intervenção e o controlo dos impulsos, passaram a remeter para HA aos 12 meses; outro em que as competências parentais passaram a remeter para HB (aos 6 meses); e outro em que o apoio exterior e capacidade de o utilizar passou a remeter para HA aos 6 meses. O item em que se observaram mais alterações ao longo do tempo (3 casos, dois de HB para HA e um em sentido contrário) – “abertura atual, vontade dos pais de procurar e utilizar habitualmente ajuda” – leva a equacionar a influência que a relação estabelecida com os profissionais dos Centros de Acolhimento pode ter tido nesta evolução.

No quadro 2, registam-se os resultados obtidos, em termos do valor preditivo da hipótese (T1), em T2 (aos 6 meses) e T3 (aos 12 meses).

Em T2 a hipótese prognóstica verificou-se em 100% dos casos, quer na avaliação do CAT, quer da equipa responsável pelo acompanhamento da execução da medida (EMAT/CPCJ). Em T3, houve um caso em que não se verificou a hipótese, tendo-se observado alterações nos itens relativos à adesão à intervenção e ao controlo de problema psiquiátrico. Na maioria dos casos a equipa do CAT não respondeu, em T3, por já não estar a acompanhar a situação da criança ou do prestador de cuidados.

Quadro 2

Valor preditivo da hipótese prognóstica e projeto de vida da criança

Casos – PC avaliado	T1 (HA/HB)		T2 (6M) verificação da hipótese (S/N)		T3 (12M) verificação da hipótese (S/N)		Projeto de vida (NPV/RF)
	EMAT/CPCJ	CAT	EMAT/CPCJ	CAT	EMAT/CPJ	CAT	
			J		CJ		
1 – Mãe	HB	HB	S	S	a)	-	NPV
2- Pais	HB	HB	S	S	b)	-	NPV
3- Mãe e Pai	HB	HB	S	S	S a) c)	-	NPV
4- Mãe	HB	HB	S	S	S	S	NPVf)
5- Mãe	HB	HB	S	-	b)	-	NPV
6- Mãe	HB	HB	S	S	N d)	N	RF
7- Mãe e Pai	HB	HB	S a) e)	-	S a) e)	-	NPV
8- Mãe	HB	HB	S	-	S e)		NPV
9 – Mãe	HA	HA	S	S	S	-	RF
10- Mãe	HB	HB	S	-	a)	-	NPV
Valor preditivo positivo (n)			10	6	5	1	
Valor preditivo negativo (n)			0	0	1	1	

Nota. HÁ – hipótese prognóstica A; HB – hipótese prognóstica B; S – sim; N – não; NPV – novo projeto de vida; RF – reunificação familiar; a) Não exerce função parental; b) nenhuma das equipas acompanha os prestadores de cuidados; c) exerce função parental com outra criança com nova sinalização no sistema de promoção e proteção; d) exerce função parental com a mesma criança sem nova sinalização no sistema de promoção e proteção; e) exerce função parental com outra criança sem nova sinalização no sistema de promoção e proteção; não contacta a criança avaliada; f) não concretizado em T3.

Considerou-se pertinente perceber a relação da hipótese prognóstica com o projeto de vida da criança que foi concretizado. De facto, as equipas promoveram a definição e concretização do mesmo, de acordo com a hipótese prognóstica: em 90% dos casos prognosticava-se um elevado risco de cronicidade e o projeto de vida concretizado (em 80%) implicou que a função parental passasse a ser exercida por novos prestadores de cuidados (NPV). Nos restantes casos foi concretizado o projeto de reunificação familiar (RF), sendo que num dos casos tal correspondeu a uma alteração na hipótese prognóstica inicial (de HB para HA). É importante salientar que a concretização dos projetos de vida decorre de decisões judiciais que corroboraram o parecer dos profissionais que participaram no estudo. Dado que não foram reportadas contestações a estas decisões, considera-se que os próprios prestadores de cuidados concordaram com as mesmas.

Para compreender a singularidade do caso 6, no qual não se confirmou a hipótese prognóstica inicial, procurou conhecer-se, junto da equipa do Centro de Acolhimento (CAT) que acompanhou o caso, que fatores poderão ter contribuído para tal alteração. Salientam-se as seguintes informações: a) o presente acolhimento constituiu a 3ª experiência de acolhimento institucional para a criança; b) já havia ocorrido um processo de reunificação familiar após o 1º acolhimento; c) os acolhimentos anteriores haviam sido marcados pelas dificuldades de controlo dos impulsos do prestador de cuidados (mãe), que a dada altura inviabilizaram a continuidade das intervenções; d) o presente acolhimento teve a duração total de 20 meses; e) durante estes 20 meses foi desenvolvida uma intervenção intensiva caracterizada por contactos diários da mãe com a criança no CAT, promoção da sua participação nos cuidados à criança dentro e fora do CAT, gestão diária dos conflitos ocorridos com os profissionais, clarificação e negociação dos objetivos e estratégias de intervenção. Ainda que se trate apenas de um caso numa amostra reduzida, considera-se que as práticas reportadas poderão servir como pistas de reflexão e investigação futuras, no que respeita à intervenção com as famílias em contexto de acolhimento.

Conclusões

Tendo em conta os resultados acima expostos, considera-se que a grelha de previsão do potencial de mudança que integra a versão adaptada para Portugal do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (Pereira & Alarcão, 2013), se afigura como um instrumento promissor em termos de validade preditiva, dado apresentar um valor preditivo positivo em 90% dos casos, o que é muito significativo tendo em conta tratar-se de um instrumento assente em juízo clínico.

Dado que a amostra integrou apenas os prestadores de cuidados de crianças acolhidas, assume especial relevância o facto de aos 6 meses (T2) a hipótese prognóstica se confirmar em 100% dos casos: sendo esse o período de tempo que deverá durar uma medida de acolhimento temporário, tal significa que a aplicação do guia de Avaliação das Capacidades Parentais pode ser um instrumento fiável para a fundamentação da definição dos projetos de vida, nomeadamente no que respeita ao prognóstico de evolução.

Analisando mais especificamente os diferentes itens da grelha de avaliação prognóstica, os resultados sugerem que deverá prestar-se especial atenção à relação estabelecida entre os profissionais e os prestadores de cuidados ao longo do processo de avaliação, dado que este pode ser um factor decisivo para a infirmação ou confirmação do prognóstico. Tal vai de encontro aos resultados do estudo de Littell e Girvin (2006), segundo os quais a frequência dos contactos com os profissionais pode estar associada a mudanças no reconhecimento dos problemas e na intenção de mudar ao longo do tempo (aumentando o desconforto e/ou a esperança). Os profissionais que têm mais oportunidades de trabalhar com os prestadores de cuidados e os que têm mais treino e experiência podem ser mais capazes de facilitar o reconhecimento dos problemas e a intenção de mudar entre os clientes. Note-se que estes fatores estavam presentes no caso que constituiu uma exceção à capacidade preditiva deste instrumento. Sugere-se assim, concordando com Harnett (2007), que a abertura à mudança deve ser prognosticada com base nos contextos atuais de avaliação/intervenção e não apenas com base em elementos históricos ou sem que esteja a desenvolver-se qualquer processo conducente à alteração do comportamento parental. Só estando sintonizado com as características e situações de cada caso, é que as necessidades particulares de cada indivíduo poderão ser adequadamente satisfeitas (Kim, Brooks, Kim, & Nissly, 2008), sendo que os contextos de avaliação devem oferecer-se como contextos promotores de mudança.

Considera-se contudo que este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra e o facto de provir apenas de um contexto de intervenção (acolhimento institucional). Seria pertinente replicá-lo com um número mais elevado de casos e provenientes também do meio natural de vida, de forma a diversificar as características dos mesmos, integrando casos em que não se observaram situações de perigo mas em que as crianças estão em risco. Tendo em conta estas limitações, os resultados devem ser lidos como pistas para exploração em futuras investigações.

O prognóstico é um ponto-chave do processo de avaliação das capacidades parentais, que influencia a intervenção subsequente e constitui o culminar de um complexo conjunto de tarefas e juízos clínicos. Contudo, como refere Parton (1998, cit. por Littlechild, 2008, p.9), os profissionais devem “redescobrir a ambiguidade e a incerteza” que advém da complexa rede de variáveis que influenciam o comportamento parental. Tal implica que se aceite que os prognósticos são estimativas e hipóteses e não uma forma de garantir a eliminação de riscos futuros.

Referências Bibliográficas

- Barlow, J., Fisher, J., & Jones, D. (2012). *Systematic review of models of analysing significant harm. Research report DFE-RR199. University of Oxford.* London: Department for Education.
- Barber, J., Trocmé, N., Goodman, D., Shlonsky, A., Black, T., & Leslie, B. (2007). *The reliability and predictive validity of consensus-based risk assessment.* Toronto: Centre of Excellence for Child Welfare.

- Barnum, R. (1997). A suggested framework for forensic consultation in cases of child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(4), 581-593.
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unit*. New York: E.P. Dutton.
- Baumann, D. J., Grigsby, C., Sheets, J., Reid, G., Graham, J. C., Robinson, D., . . . Wang, E. (2011). Concept guided risk assessment: Promoting prediction and understanding. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1648-1657. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.04.017>
- Brandon, M., Belderson, P., Warren, C., Howe, D., Gardner, R., Dodsworth, J. & Black, J. (2008). *Analyzing child deaths and serious injury through abuse and neglect: What can we learn? A biennial analysis of serious case reviews 2003-2005. Research Report DCSF-RR023. University of East Anglia*. London: Department for Education and Skills. Crown Copyright.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedman & T. D. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts*. (pp. 3-28). Washington DC: American Psychological Association.
- Brown, R., & Ward, H. (2012). *Decision-making within a child's timeframe: An overview of current research evidence for family justice professionals concerning child development and the impact of maltreatment*. London: Childhood Wellbeing Research Centre.
- Budd, K., Clark, J., & Connell, M. (2011). *Evaluation of parenting capacity in child protection*. New York: Oxford University Press.
- Camasso, M. J., & Jagannathan, R. (2000). Modeling the reliability and predictive validity of risk assessment in child protective services. *Children and Youth*

Services Review, 22(11-12), 873-896. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0190-7409\(00\)00121-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-7409(00)00121-3)

Cardoso, I. (2006). Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos de avaliação psicológica. *Interações, sociedade e as novas modernidades*, 10, 98-112.

DePanfilis, D., & Zuravin, S. (1999). Predicting child maltreatment recurrences during treatment. *Child Abuse & Neglect*, 23(8), 729-743.

De Rancourt, L., Paquette, F., Paquette, D., & Rainville, S. (2006) *Guide d'évaluation des capacités parentales: Adaptation du guide de Steinhauer: 0 à 5 ans* (3^{éd.}). Montréal: Centres Jeunesse de Montréal.

Donald, T., & Jureidini, J. (2004). Parenting capacity. *Child Abuse Review*, 13(1), 5-17.

Gambrill, E. (2008). Decision making in child welfare: constraints and potentials. In D. Lindsey & A. Shlonsky (Eds.), *Child welfare research: Advances for practice and policy* (175-193). New York: Oxford University Press.

Gelles, R.). (2000). Treatment-resistant families. In R. M. Reece (Ed.), *Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, and legal practitioners* (pp. 304-311). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Harnett, P. H. (2007). A procedure for assessing parents' capacity for change in child protection cases. *Children and Youth Services Review*, 29(9), 1179-1188. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2007.04.005>

Holder, W. (2000). Prognosis as an assessment construct during CPS ongoing intervention. In T. D. Morton & W. Holder (Eds.), *Issues and strategies for assessment approaches to child maltreatment* (pp.58-66). Duluth: National Resource Center on Child Maltreatment.

- Holland, S. (2000). The assessment relationship: interactions between social workers and parents in child protection assessments. *British Journal of Social Work*, 30(2), 149-163. doi: 10.1093/bjsw/30.2.149
- Kahn, J. M., & Schwalbe, C. (2010). The timing to and risk factors associated with child welfare system recidivism at two decision-making points. *Children and Youth Services Review*, 32(7), 1035-1044. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.04.011>
- Katz, L., & Robinson, C. (1991). Foster care drift: A risk-assessment matrix. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 70(3), 347-358.
- Kim, A. K., Brooks, D., Kim, H., & Nissly, J. (2008). *Structured decision making® and child welfare service delivery project*. Berkeley: University of California at Berkeley, California Social Work Education Center.
- Littell, J. H., & Girvin, H. (2004). Ready or not: Uses of the stages of change model in child welfare. *Child Welfare*, 83(4), 341-366.
- Littell, J. H., & Girvin, H. (2005). Caregivers' readiness for change: Predictive validity in a child welfare sample. *Child Abuse & Neglect*, 29(1), 59-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.004>
- Littell, J. H., & Girvin, H. (2006). Correlates of problem recognition and intentions to change among caregivers of abused and neglected children. *Child Abuse & Neglect*, 30(12), 1381-1399. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.08.004
- Littlechild, B. (2008). Child protection social work: Risks of fears and fears of risks – impossible tasks from impossible goals? *Social Policy & Administration*, 42(6), 662-675. doi: 10.1111/j.1467-9515.2008.00630.x

- Loaman, L. A., & Siegel, G. (2004). *An evaluation of the Minnesota Structured Decision Making Family Risk Assessment: A final report*. St. Louis, Missouri: Institute of Applied Research
- López, M., Casimiro, E., Quintana, J., & Chaves, M. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120.
- López, M., Rosales, J., Chávez, M., Byrne, S., & Cruz, J. (2009). Factores que influyen en el pronóstico de recuperación de las familias en riesgo psicosocial: El papel de la resiliencia del menor. *Psicothema*, 21(1), 90-96.
- McCurdy, K., & Daro, D. (2001). Parent involvement in family support programs: An integrated theory. *Family Relations*, 50(2), 113-121.
- Morrison, T. (2010). Assessing parental motivation for change. In J. Horwath (Ed.), *The Child's World: The comprehensive guide to assess children in need* (2nd ed.) (pp.305-325). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Morton, T. (2000). The role of assessment and CPS strategy. In T. Morton & W. Holder (Eds.), *Issues and strategies for assessment approaches to child maltreatment* (pp. 26-34). Duluth: National Resource Center on Child Maltreatment.
- Munro, E. (2005). Improving practice: Child protection as a systems problem. *Children and Youth Services Review*, 27(4), 375-391. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.11.006>
- Pereira, D. & Alarcão, M. (2013). *Guia de Avaliação das Capacidades Parentais: Estudo exploratório da fiabilidade em profissionais da proteção à infância*. Manuscrito em preparação.
- Prochaska, J., Diclemente, C., & Norcross, C. (1992). In search of how people change: Application to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

- Regehr, C., Bogo, M., Shlonsky, A., & LeBlanc, V. (2010). Confidence and professional judgment in assessing children's risk of abuse. *Research on Social Work Practice, 20*(6), 621-628. doi: 10.1177/1049731510368050
- Schwalbe, C. (2008). Strengthening the integration of actuarial risk assessment with clinical judgment in an evidence based practice framework. *Children and Youth Services Review, 30*(12), 1458-1464. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.11.021>
- Shlonsky, A., Saini, M., & Wu, M. -J. (2007). The recurrence of child maltreatment: Predictive validity of risk assessment instruments. Protocol, The Campbell Library. Retrieved from: <http://campbellcollaboration.org/lib/download/377/>
- State of Kansas, Department for Children and Family Prevention and Protective Services. (2013). *Prevention and protection services policy and procedure manual*. Retrieved from: http://www.dcf.ks.gov/services/PPS/Documents/PPM_Forms/Policy_and_Procedure_Manual.pdf
- Steinhauer, P. (1991). *The least detrimental alternative: A systematic guide to case planning and decision making for children in care*. Toronto: University of Toronto Press.
- Steinhauer, P., Leitenberger, M., Manglicas, E., Pauker, J., Smith, R., & Gonçalves, L. (1993). *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Toronto: L'Institut pour la Prévention de l'enfance maltraitée.
- Turney, D., Platt, D., Selwyn, J., & Farmer, E. (2012). *Improving child & family assessments: Turning research into practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- White, A., & Walsh, P. (2006). *Risk assessment in child welfare. an issues paper*. Sydney: NSW Department of Community Services. Retrieved from

http://www.community.nsw.gov.au/docswr/assets/main/documents/research_riskassessment.pdf

Woodcock, J. (2003). The social work assessment of parenting: An exploration. *British Journal of Social Work*, 33, 1, 87-106.

Wulczyn, F., Daro, D., Fluke, J., Feldman, S., Glodek, C., & Lifanda, K. (2010). *Adapting a systems approach to child protection: Key concepts and considerations*. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF).

Anexo
Fatores de Bom e Mau Prognóstico de Mudança dos Pais/Prestadores de Cuidados (PC)

Área	Bom prognóstico	Mau prognóstico
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> * Estabilidade económica (emprego, habitação, e/ou capacidade para viver autonomamente) (1) * Relações positivas apoiantes de parentalidade segura (1) * Familiares que ajudam no cuidado à criança (1) * Proximidade de sistema de apoio às necessidades da família (1) * Sistema de apoio que reconhece as forças e limitações dos pais/família (1) 	<ul style="list-style-type: none"> * Pais continuam a residir com alguém perigoso para a criança (1) * História recente ou recorrente de envolvimento criminal dos pais (1) * Envolvimento dos pais em relações de alto risco (drogas, álcool, atividade criminal) (1) e (2) * As escolhas em termos de estilo de vida e sistema de apoio colocam a criança em risco através de cuidadores inapropriados (1) * Meios visíveis de financiamento advêm de prostituição, drogas, ou outros crimes (1) e (2)
Desenvolvimento da criança Relação entre a criança e o PC	<ul style="list-style-type: none"> * Evidência de parentalidade eficaz anterior observada através do desenvolvimento da criança (competências cognitivas e sociais apropriadas à idade; desenvolvimento da consciência; questões comportamentais mínimas) (1) * Ter cuidado da criança durante um período significativo de tempo. (1) * Capacidade para responder às necessidades da criança. (1) * Capacidade para satisfazer as necessidades especiais da criança (médicas, educativas, sociais, cognitivas, etc.) (1) * Empatia pela criança; equilíbrio entre as necessidades próprias e as da criança (1) * Contacto consistente com a criança (visitas, tempo parental, contactos telefónicos) (1) * Sentido funcional da identidade familiar e desejo de se manterem juntos; (3) * Expressar afeto e sentimentos positivos pelos membros da família; (3) * Sentido na família de que a vida pode ser melhor ou diferente e uma visão de futuro; (3) 	<ul style="list-style-type: none"> * Pais cresceram em acolhimento (1) e (2) * Reunificação prévia sem sucesso (1) * Abuso intergeracional sem história de mudanças na dinâmica familiar (1) e (2) * História parental de abuso severo na infância (3) * Consideração prévia de abandonar esta criança; abandonos prévios duma criança (1) e (2) * Falta de compromisso emocional para com a criança; progenitor rejeita a criança devido à sua paternidade (1) * Contactos inconsistentes com a criança (1) e (2) * Longa história de abusos prévia à sinalização (3) * Diagnosticado à criança atraso não orgânico do desenvolvimento (1) e (3) * Criança exposta a drogas na altura da gravidez e do nascimento (cocaína, crack, heroína, álcool, etc.) (1) e (2) * Abuso físico sério desta criança, como queimaduras, fraturas, envenenamento (1) (2) e (3) ou outra (2) * Abuso sexual da criança (1) e (2) sem terceiros envolvidos; prognóstico provavelmente implica afastamento prolongado (1) * Cópula anal/vaginal ou sadismo sexual (3) * Tortura premeditada ou infligir dor severa (2) e (3) * Síndrome de Munchausen (3) * A criança foi vítima de mais de uma forma de abuso (1) e (2) * Negligência significativa (1) * Acolhimento prévio desta ou outras crianças (1) * Falta de empatia pela criança (3) * Falha em ver as necessidades da criança como separadas das suas (3) * A criança é vista como tendo necessidades ou desejos sexuais idênticos aos dos pais (3) * Outras crianças foram acolhidas ou colocadas junto de familiares por mais de 6 meses ou têm história de acolhimentos repetidos (2)

Área	Bom prognóstico	Mau prognóstico
<p>Características dos PC – fatores que afetam a capacidade parental</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Saúde física estável; (1) * Saúde mental/emocional estável; qualquer doença mental está bem controlada; (1) * Capacidade histórica para satisfazer as necessidades da criança apesar das perturbações da função mental (1) * Sem adições (substâncias, jogo, violência, etc.) (1) * Capacidade suficiente para aprender, participar na resolução de problemas, ou ganhar algum insight; (3) * Competências emocionais: assertividade, autonomia, empatia, autoconsciência, autocrítica, responsabilidade individual; tolerância ao stress, autocontrolo e flexibilidade; (3) 	<ul style="list-style-type: none"> * Pais com doença mental que não foi ou não está controlada (1) e (2) * História documentada de violência doméstica (1) e (2) que dura há 1 ano ou mais entre cônjuges que recusam separar-se (2); * Pais têm doença degenerativa ou terminal (1) * Perturbação severa da personalidade (sociopatia, personalidade muito desadequada) (2) e (3) * Pais psicóticos com delírios envolvendo os seus próprios filhos (2) e (3) * Personalidade esquizóide com desligamento persistente (2) e (3) * Personalidade antissocial com total desconsideração dos outros (3) * Sinais de deterioração progressiva devido a distúrbios de personalidade (1) e (3) * Limitações na capacidade parental devido a perturbações desenvolvimentais (1) e (2) * Abuso de drogas ou outras substâncias na altura dos acontecimentos * Adicto a drogas ou álcool (2) e (3) * Fantasias sexuais violentas persistentes (em casos de abuso sexual) (3) * Pedofilia (3) * Atos violentos prévios (aumentando em número) (3)
<p>Características do PC – adesão à intervenção</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Os problemas que levaram ao acolhimento são de origem recente e de natureza situacional e não crónica (1) * Capacidade para aceitar responsabilidade apropriada pelos problemas que levaram ao abuso/negligência (1) * Capacidade e disponibilidade para alterar o comportamento parental (1) e (3) * Encarar os problemas e procurar ajuda; (3) * Motivação, abertura e disponibilidade para mudança; (3) * Abertura e capacidade para participar numa relação de ajuda e necessidade da mesma; (3) * Abertura aos profissionais da proteção à infância e capacidade de confiar; (3) * Ter recursos (ou procurar aumentar) - conhecimentos, formação e competências e criatividade para ultrapassar os obstáculos e usar esses recursos; (3) * Aceitação e um plano comum entre os profissionais e a família da mudança necessária; (3) * Apropriação do plano de mudança pela família. (3) 	<ul style="list-style-type: none"> * Padrão repetido de incerteza quanto ao desejo de exercer a função parental (1) * Pais reconhecem recorrentemente problemas com a parentalidade (1) * Negação persistente do comportamento abusivo (3) * Atribuições de significado: explicações pseudocientíficas para a situação (relacionadas com astrologia ou bruxaria por exemplo); rotulação psicológica dos problemas ("X faz aquilo porque é psicótico"); preconceitos acerca de qualidades inatas que não podem ser alteradas (expressos em verbalizações como "isto é a minha maneira de ser"); referência a princípios rígidos religiosos ou filosóficos, como por exemplo "os meus filhos pertencem-me e eu posso fazer com eles o que quiser". (5) * Intervenções prévias e/ou tratamento sem sucesso; não cooperativo com o plano de tratamento (1) * História significativa nos serviços de proteção: os direitos parentais relativamente a outra criança terminaram após um período de intervenção e não houve mudanças significativas entretanto; (2) * Houve 3 ou mais intervenções dos serviços de proteção por incidentes graves, indicando um padrão crónico de abuso e/ou negligência severa; (2) * Indicadores relativos às atitudes dos pais relativamente à intervenção: dependência, falta de colaboração, oposição, falta de consciência do problema, de motivação para a mudança e as expectativas nulas ou inadequadas face ao futuro da criança (4) * Não respondeu a diversas formas de tratamento/intervenção apesar de nível de participação aceitável (1) * Situação crónica, já observável em gerações anteriores (4) * Acumulação de fatores de risco (desvantagem social, mau trato parental e violência familiar; problemas de comportamento da criança; acumulação de eventos stressantes) (4) * As medidas preventivas dos serviços de proteção falharam em manter a criança com os pais (ex: intervenções no domicílio); (2) * Os pais têm menos de 16 anos e não têm sistemas de apoio parental e a colocação da criança e dos pais juntos falhou devido ao comportamento dos pais; (2)

Nota. Fontes: (1) State of Kansas, Department for Children and Family Prevention and Protective Services (2013); (2)Katz & Robinson (1991); (3) Holder, 2000; (4) López, Rosales, et al., 2009; (5) Hurvitz (1975, cit. por Holder, 2000, p.61)

Síntese

1. O estudo de validade ecológica permitiu concluir que o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais assenta em conhecimento científico atualizado (nas áreas da avaliação, da parentalidade e da intervenção em matéria de proteção à infância), as tarefas inerentes à sua utilização são exequíveis e possibilita a obtenção de informação suficiente para a fundamentação adequada dos pareceres técnicos e das decisões judiciais que advenham de tal avaliação.

2. Para maximizar a relação do instrumento com o contexto português o mesmo deve passar a conter alterações a três níveis: conteúdo, estrutural e metodológico.

3. A nível do conteúdo deve conter: a definição dos critérios relativos à classificação das 9 dimensões do Guia em forças e preocupações, major e minor; a alteração da designação dessas classificações para recurso principal ou secundário e dificuldade principal ou secundária; a introdução de itens que permitam a identificação de aspetos positivos do funcionamento parental e a substituição das designações de “guarda” por “responsabilidades parentais” e de “pai ou mãe” por “prestador de cuidados”.

4. A nível estrutural deve incluir-se no início do Guia a referência às condições de utilização do mesmo.

5. A nível metodológico, deverá ser clarificado o peso relativo das diferentes dimensões para a tomada de decisão final sobre a hipótese prognóstica e explorada a possibilidade de aplicação parcelar do Guia, proporcional à especificidade de cada caso.

6. O estudo de fiabilidade incluiu um número reduzido de casos (10), o que limita a possibilidade de generalização dos seus resultados, ainda que se considere serem suficientemente densos para fundamentar a reflexão produzida.

7. A categorização das questões-resumo em níveis de inferência clínica (observação, juízo clínico e mudança) evidenciou que o maior número de desacordos ocorreu nas questões de juízo clínico, em M1, associados à sobrevalorização da visão individual do profissional.

8. Os valores médios de acordo de 93% nas respostas às questões-resumo e de 97% nas decisões classificativas (em M2) permitem concluir que o instrumento utilizado se apresenta como potencialmente fiável para a avaliação das capacidades parentais no contexto de proteção à infância.

9. A análise dos resultados do estudo de fiabilidade aponta para três estratégias que poderão potenciar a mesma: (1) introduzir no instrumento a referência da subsecção da dimensão para a qual as questões-resumo remetem diretamente ; (2) aumentar o tempo de formação/treino acerca da utilização do instrumento (prévio à sua aplicação); e (3) promover a supervisão dos profissionais.

10. O estudo de validade preditiva, desenvolvido com base na grelha de previsão do potencial de mudança que integra o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais aponta-a como um instrumento promissor, dado apresentar um valor preditivo positivo em 90% dos casos (aos 12 meses), o que é muito significativo tendo em conta tratar-se de um instrumento assente em juízo clínico.

11. Pelo facto de aos 6 meses (T2) a hipótese prognóstica se confirmar em 100% dos casos, considera-se que a aplicação do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais pode ser um instrumento fiável para a fundamentação da definição dos projetos de vida das crianças acolhidas, nomeadamente no que respeita ao prognóstico de evolução dos prestadores de cuidados.

12. A relação estabelecida entre os profissionais e os prestadores de cuidados ao longo do processo de avaliação pode ser um fator decisivo para a infirmação ou

confirmação do prognóstico, de acordo com o sugerido pelas características do caso que constituiu uma exceção à capacidade preditiva deste instrumento.

13. O estudo de fiabilidade evidenciou as dificuldades sentidas pelos profissionais para recolher informação sobre a qualidade da vinculação, nomeadamente acerca da forma como as necessidades da criança são atendidas, do comportamento da criança, e dos modelos internos dinâmicos interiorizados pelos prestadores de cuidados.

14. O valor de acordo obtido em M1 nas respostas às questões-resumo (38%) e nas classificações da dimensão da vinculação (60%) apontam para a necessidade de clarificação do processo de avaliação da vinculação em termos de adoção de práticas institucionais facilitadoras de observações naturalistas e no que respeita à melhoria dos processos de articulação entre os profissionais quanto à forma como é ponderada e analisada a informação recolhida.

15. O acordo de 94% e 100% em M2 (na dimensão da vinculação), pontua este instrumento como um suporte muito promissor para a recolha e análise de informação relativa à forma como as necessidades da criança são atendidas, ao comportamento da criança, e aos modelos internos dinâmicos interiorizados pelos prestadores de cuidados, facilitando o alcance de acordo entre equipas diferentes, o que minimizará eventuais atrasos na tomada de decisões decorrentes de posições divergentes entre os profissionais que acompanham a criança e a família.

16. Os resultados sugerem a importância de aprofundar a formação dos profissionais na temática da vinculação, nomeadamente dos não psicólogos.

17. Quanto aos critérios de classificação, o estudo de fiabilidade apontou que se afiguram úteis para distinguir as diferentes formas como cada dimensão influencia o comportamento parental, facilitando a síntese e ponderação da informação recolhida e a

fundamentação de planos de intervenção subsequentes, nomeadamente em termos dos eixos a privilegiar na intervenção e das características que a mesma deverá ter.

18. A classificação das diferentes dimensões deve resultar de um processo relacional de avaliação, que integre os diferentes sujeitos que nele participaram (pais, crianças e parceiros), e não espelhar apenas a visão de um só profissional.

19. A utilização do Guia, em diferentes momentos, pode contribuir para o registo da evolução da avaliação da criança e dos prestadores de cuidados, facilitando uma leitura desenvolvimental das situações e prevenindo a perda de informação decorrente de alterações nos serviços que as acompanham. Neste sentido, a sua utilização pode revelar-se muito útil em estudos de natureza longitudinal.

20. O tamanho reduzido da amostra e o facto de provir apenas de um contexto de intervenção (acolhimento institucional) são as principais limitações desta investigação, cujos resultados devem ser lidos como pistas para exploração em futuras investigações.

DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES

Da Investigação à Prática Clínica

Da Investigação à Prática Clínica

Proteger a criança e promover o seu desenvolvimento são tarefas que caracterizam a função parental. Atribuíveis em primeiro lugar aos pais/prestadores de cuidados que mais diretamente interagem com a criança (e constituindo o processo proximal que mais influencia o seu desenvolvimento), não são deles exclusivos, cabendo aos profissionais da proteção à infância, às comunidades e à sociedade no seu todo semelhantes responsabilidades. Tal significa que o “mundo adulto”, como refere Barudy (n.d), é responsável pela qualidade dos cuidados que dispensa às suas crianças, sendo determinante a forma como se organiza para o fazer e efetivamente o concretiza. A avaliação da capacidade parental é um processo complexo, situado no nível mesossistémico do mapa ecológico do desenvolvimento infantil. É partindo deste referencial que se organiza a discussão das conclusões desta investigação, à qual não é alheio também o facto da autora trabalhar num CAT e, por isso mesmo, ter um grande envolvimento com o sistema de promoção e proteção português.

Pretende-se que esta discussão seja um percurso e um diálogo entre a investigação e a prática clínica. Como tal serão abordados neste capítulo dois *outputs* deste trabalho: as conclusões da investigação e os desafios organizacionais que se colocam à implementação do Guia. Por último será apresentada uma sinopse deste instrumento.

Conclusões da Investigação

Ao longo do trabalho é constante a presença da dialética entre o singular e o plural: mais especificamente, ainda que se fale de parentalidade minimamente adequada, operacionaliza-se a mesma em capacidade e competências; ainda que se aponte a

especificidade da díade avaliada, refere-se que a função parental é responsabilidade de um coletivo; ainda que se avalie o risco a que a criança está sujeita, tem de ter-se em conta as normas coletivas do contexto em que se insere; ainda que a avaliação ocorra num determinado momento, ela espelha e espelha-se noutros momentos passados e futuros. Ou seja, a parentalidade é um sistema composto por sistemas e entre sistemas; é mais do que a soma de capacidades e competências, ou de características de pais e filhos, ou de fatores de risco e proteção, ou mesmo de interações; é um sistema em que os seus elementos são sempre objeto e/ou agentes de funções parentais. Esta dialética complexa reflete os movimentos recursivos que devem fazer-se entre diferentes níveis de reflexão e pontua como pouco úteis concepções centradas em apenas algum deles, seja o todo ou alguma das suas partes. Como tal, só uma epistemologia sistémica será adequada para pensar e compreender a parentalidade.

Do ponto de vista epistemológico, o percurso desta investigação suscitou recorrentemente a necessidade de sistematizar referenciais que organizassem e tornassem claro o seu sentido. Começando pelos critérios de avaliação, considera-se que a parentalidade minimamente adequada corresponde ao conjunto de capacidades e competências mínimas que o prestador de cuidados deve ter para permitir o desenvolvimento integral equilibrado da criança (a nível físico, cognitivo, emocional, etc), assegurando a proteção da mesma face a situações de perigo para o seu desenvolvimento. As discussões dos três *focus group* permitiram concluir que os indicadores apontados para qualificar a parentalidade como minimamente adequada devem refletir: i) as especificidades culturais e o valor atribuído à infância ao longo da história, por uma determinada sociedade (macrossistema), ii) os referentes legais e sociais vigentes (exossistema), iii) as características específicas da relação criança-prestador de cuidados (microsistema) e iv) as necessidades da criança (ontossistema). A

sua operacionalização será específica para cada prestador de cuidados e para cada criança, embora implique sempre: 1) a satisfação das necessidades básicas da criança; 2) o respeito pelos períodos sensíveis do seu desenvolvimento e 3) o respeito pelas normas legais vigentes no contexto sociocultural específico em que a díade se insere.

Na impossibilidade de se alcançar uma definição universal do que constitui a parentalidade minimamente adequada, devido à existência de diferentes crenças, valores e normas legais e culturais em diferentes contextos, à especificidade funcional de cada relação criança-prestador de cuidados, e à multiplicidade de fatores que influenciam o desenvolvimento infantil, considera-se que a matriz tridimensional proposta poderá constituir um referencial para definição dos seus indicadores, aplicável às várias configurações que o exercício da parentalidade pode assumir e aos vários contextos em que possa ser suscitada a necessidade da sua avaliação. Esta matriz, reflete claramente uma perspectiva ecológica-transacional (Brandon et al., 2008), que exige um pensamento sistémico, capaz de circular recursivamente entre três eixos – a origem dos indicadores, a sua posição temporal e a forma que poderão assumir.

O modelo funcional do comportamento parental pretende ser um mapa de leitura do comportamento parental, que possa vir a guiar a análise das situações. Considera-se que relativamente a outros modelos de compreensão do comportamento parental, esta proposta reflete o seu carácter dinâmico e clarifica as relações entre os seus componentes, nomeadamente entre capacidades e competências parentais, conceitos muitas vezes utilizados erradamente como sinónimos. Entende-se que a capacidade parental é um todo que se operacionaliza em diferentes componentes, que viabiliza as competências parentais e permite a sua atualização em função das necessidades da criança. Tais componentes ganham sentido em conjunto, e quando se reflete sobre eles em termos da forma como modelam o exercício da parentalidade.

O Guia de Avaliação das Capacidades Parentais (De Rancourt et al., 2006) afigura-se um instrumento que integra os referenciais epistemológicos e teóricos adotados neste trabalho e que será útil para operacionalizar a complexidade do funcionamento parental na tarefa de avaliação. A sua designação é aquela que foi atribuída pelos autores da versão que constituiu o ponto de partida para este trabalho (“*Guide D’Évaluation des Capacités Parentales*”). Com uma formulação plural, tal designação não foi alterada por um imperativo ético, mas não deve entender-se como evidência de que o instrumento promove um raciocínio parcelar. Saliente-se Paul Steinhauer sempre frisou a importância de uma compreensão integrada e não parcial do comportamento parental (Steinhauer, 1991).

Enquanto o Guia está organizado em termos de áreas focadas na avaliação, o Modelo Funcional organiza-se em função dos componentes do comportamento parental (capacidade, processos mediadores e competências nos dois eixos temporais).

Quadro 1

Áreas e dimensões de avaliação do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais e correspondência com o Modelo Funcional do Comportamento Parental

Modelo Funcional do Comportamento Parental		Guia de Avaliação das Capacidades Parentais	
		Áreas de avaliação	Dimensões de avaliação
Capacidade e parental	Modificadores contextuais	Contexto	1 - O contexto sociofamiliar
	Modificadores relacionais	Saúde e desenvolvimento da criança	2- A saúde e o desenvolvimento da criança
Competências Parentais		Relação criança- prestadores de cuidados	3- A vinculação
	4 – As competências parentais		
	5- Controlo dos impulsos		
Processos mediadores		Prestadores de cuidados	6- O reconhecimento da responsabilidade pelo prestador de cuidados
Capacidade parental	Estrutura psíquica pessoal		7- Comportamentos do adulto que afetam a capacidade parental
	Modificadores relacionais		8- A rede social
			9- A história de acesso aos serviços
Eixo sincrónico		Área síntese: Perfil da Capacidade Parental	
Eixo diacrónico		Área síntese: Grelha de Previsão do Potencial de Mudança	

No quadro 1 propõe-se a correspondência entre a leitura teórica - o Modelo - e a tarefa de avaliação (as áreas e dimensões de avaliação do Guia), apontando a hipótese (a estudar futuramente) de que este instrumento possa adequadamente operacionalizar o Modelo. Pretende igualmente organizar-se a leitura da informação recolhida, e facilitar a formulação dos casos, suscitando novas narrativas compreensivas do comportamento parental.

Revisitando as onze características do pensamento sistémico de Stanton e Welsh (2012), considera-se que o Guia: (1) desafia a forma de pensar habitual, na medida em que organiza concetualmente os diferentes parâmetros de avaliação sob um “novo” organizador, a capacidade parental; (2) foca todos os componentes do sistema, nomeadamente os próprios pais, a criança e o contexto, não se focando apenas num deles; (3) compreende a complexidade do comportamento parental no seu dinamismo, procurando distinguir como cada dimensão avaliada o influencia, utilizando um conjunto de critérios classificativos semelhantes que permitem a sua ponderação e classificação como recurso ou dificuldade (principal ou secundária); (4) reconhece a reciprocidade e a interdependência entre os elementos do sistema, na medida em que todos estão espelhados nas diferentes dimensões avaliadas, apelando a um constante raciocínio circular relativo à forma como os pais influenciam e são influenciados pela criança e o contexto; (5) conceptualiza a mudança como podendo ser suscitada por elementos exteriores ao microsistema, nomeadamente os profissionais, ao requerer a identificação de intervenções potenciadoras da mesma; (6) reconhece padrões de funcionamento, dado que não se centra em factos pontuais mas antes requer a elaboração de juízos que permitam caracterizar a regularidade do comportamento parental, sendo que os critérios de classificação das dimensões pretendem constituir uma sistematização de tais padrões; (7) considera a imprevisibilidade da evolução do sistema, ao salientar o carácter hipotético

das evoluções prognosticadas; (8) contempla as relações existentes dentro e fora do sistema, uma vez que implica a integração de informação relativa não só ao microsistema familiar, mas à forma como este se relaciona com os serviços; (9) aceita a ambiguidade, tendo em conta que o desconhecido faz parte do funcionamento dos sistemas: tal é visível através de um elemento que raramente surge noutros instrumentos de avaliação, que é a consideração da hipótese “não sei” como alternativa de resposta, o que obriga o profissional a confrontar-se com este carácter de incerteza e a considera-lo nas suas conclusões; (10) conjuga diferentes perspetivas para melhor compreender a complexidade do sistema, nomeadamente ao requerer a integração da opinião dos pais acerca dos serviços disponibilizados; (11) integra o tempo como fator fundamental para tal compreensão, ao implicar que se considerem e se construam informações e juízos relativos ao passado, presente e futuro.

Este instrumento integra juízos clínicos relativos a várias dimensões de avaliação, nomeadamente as áreas propostas pela maioria dos sistemas de avaliação e apontadas pelos *focus group* como essenciais para a ponderação do que constitui a parentalidade minimamente adequada (capacidades, competências, elementos contextuais e de caracterização da criança, potencialmente recursos ou dificuldades) provenientes de diferentes fontes (pais/prestadores de cuidados, crianças, outros profissionais) e relativos a diferentes momentos em função de um olhar comum, a capacidade parental. Considera-se que estas características obviam as limitações apontadas por Munro (1999) relativas à não consideração de fatores de risco conhecidos, ao foco nos episódios mais recentes e à não atualização das avaliações. Além disso, não é um instrumento no qual apenas se registam observações; pode constituir um elemento processual que ajude os profissionais, e os próprios pais/prestadores de cuidados, a compreender como cada dimensão potencia ou compensa os recursos ou dificuldades das outras dimensões e o percurso que conduziu

a uma determinada decisão. Ou seja, está-se perante um instrumento que não mede diretamente um determinado comportamento e que tem a particularidade de se destinar aos profissionais.

Este trabalho focou aspetos da validade que dizem respeito à relação do instrumento com o contexto em que será utilizado e com os seus potenciais utilizadores. Não se centrou nos resultados da avaliação, em termos de caracterização da população avaliada, como acontece na maioria das investigações acerca do uso de instrumentos de avaliação (Gillingham & Humphreys, 2010). Tal *focus* exigiria que a amostra fosse substancialmente maior. O número de casos que inicialmente se previa virem a integrar o estudo foi reduzido para 1/3, não por opção da autora, mas em virtude da dinâmica de funcionamento das instituições participantes, dado que durante o tempo de recolha da amostra não foi possível reunir tal número de situações que reunissem as condições de participação no estudo. Destacou-se neste período (Novembro 2010 – Abril de 2012) o número significativo de crianças acolhidas com menos de 3 anos cujos pais não mantinham contacto regular com as mesmas, ou sequer algum contacto, inviabilizando o desenvolvimento de procedimentos de avaliação e intervenção. O número reduzido de casos impede a generalização dos resultados e atribui um carácter exploratório a esta investigação; não obstante, os julgamentos de validade são ações contínuas e a validação um processo em evolução (Messick, 1989, cit. por Çakir, 2012), que no caso deste instrumento, e para o contexto português, começa aqui.

O estudo de validade ecológica permitiu concluir que o Guia assenta em conhecimento científico atualizado (nas áreas da avaliação, da parentalidade e da intervenção em matéria de proteção à infância), tendo sido sugeridas alterações a nível do conteúdo, da estrutura e da metodologia de aplicação de forma a maximizar a sua

aplicabilidade no contexto português. A introdução de itens focados em aspetos positivos do funcionamento parental (uma das alterações de conteúdo) favorece uma visão mais holística e equilibrada do indivíduo e dá aos profissionais outras perspetivas (Tedeschi & Kilmer, 2005) que certamente influenciarão a definição das estratégias de intervenção.

Introduzidas as alterações sugeridas, a nova versão adaptada do instrumento gerou valores médios de acordo inter-profissionais de 93% nas respostas às questões-resumo e de 97% nas decisões (em M2), o que permite concluir que o instrumento utilizado se apresenta como potencialmente fiável para a avaliação das capacidades parentais no contexto de proteção à infância. Contudo, houve dimensões, como a vinculação e as competências parentais, nas quais se observou um valor baixo de acordo em M1. A categorização das questões-resumo em níveis de inferência clínica (observação, juízo clínico e mudança) evidenciou que o maior número de desacordos ocorreu nas questões de juízo clínico. Os desacordos em questões de observação estiveram associados sobretudo a erros na utilização do instrumento ou à não consideração de informação partilhada, alcançando-se um acordo muito próximo de 100% em M2. Os que ocorreram em questões de juízo clínico e mudança associaram-se à sobrevalorização da visão individual do profissional, em detrimento da integração da informação apresentada por outros profissionais mas não recolhida ou validada pelo próprio. Por outro lado, constatou-se que as dimensões que requeriam observação de interações e recolha de informações sobre a história de desenvolvimento foram aquelas em que mais respostas e decisões estiveram em falta. Estes resultados vão ao encontro da reflexão efetuada por Munro (1999) relativamente aos enviesamentos dos profissionais: a autora constatou, a partir da revisão de 45 casos graves, que a história passada, os registos escritos, a teoria abstrata e os resultados da investigação tendem a ser menos usados em comparação com

a informação atual, frequentemente carregada de emoções, e factual, obtida nas entrevistas.

Ao recolher informações sobre o percurso desenvolvimental e as características das interações, pretende-se essencialmente caracterizar o sistema de vinculação e de prestação de cuidados e não avaliar apenas o risco de mau trato ou provar a sua ocorrência – não obstante dever ser considerada informação que aponte nesse sentido. Contudo, os resultados obtidos suscitam a hipótese de que os profissionais estarão habitualmente mais focados na avaliação do risco e na resposta à crise do que na avaliação da capacidade parental. Questiona-se se muitas tomadas de decisão acerca da capacidade parental não assentarão apenas na frequência, intensidade e sequelas das situações de risco ou perigo, o que constituiria um claro erro conceptual.

Salientou-se ainda a dimensão 9 (história de acesso aos serviços), na qual se incluem questões que implicam que os profissionais reflitam acerca do próprio processo de intervenção (atual e passado), como aquela em que mais vezes ficaram questões por responder. Tal sugere que eventualmente os profissionais centrem as suas discussões em aspetos de conteúdo, metacomunicando pouco acerca da própria intervenção, sobretudo em contextos inter-serviços, a que não serão alheios fatores organizacionais e/ou processos defensivos dos próprios profissionais.

Do exposto conclui-se que a fiabilidade do instrumento também estará dependente da qualidade do trabalho prévio de recolha de informação, aspeto que não foi sistematicamente assegurado no âmbito deste trabalho.

Quanto aos critérios de classificação, o estudo de fiabilidade apontou que se afiguram como úteis para distinguir as diferentes formas como cada dimensão influencia o comportamento parental, facilitando a síntese e ponderação da informação recolhida e a fundamentação de planos de intervenção subsequentes, nomeadamente em termos dos

eixos a privilegiar na intervenção e das características que a mesma deverá ter. Tal resultado assume especial relevância por duas razões: por um lado, porque constitui uma alteração cuja necessidade foi salientada no estudo de validade ecológica e que constitui uma especificidade da adaptação portuguesa do instrumento; por outro, porque os critérios pretendem, não atribuir um rótulo que se torne ele próprio um problema (Panella, 2010), mas contribuir para a distinção de padrões de funcionamento parental, tendo em conta os diferentes elementos modificadores da capacidade parental, os mediadores, as competências parentais e os eixos temporais (quadro1). O facto de todas as dimensões partilharem os mesmos critérios gerais torna-as comparáveis entre si, o que pode facilitar o relato das conclusões da avaliação. Não obstante, é de referir que, dadas as características da amostra (reduzida dimensão e homogeneidade), não se dispôs de elementos suficientes para estudar o eventual peso relativo de cada dimensão para a tomada de decisão, conforme sugerido pelo *focus groups* dos académicos.

À luz da matriz da parentalidade minimamente adequada, e do modelo funcional do comportamento parental, propõe-se que estes critérios de classificação, possam corresponder a uma operacionalização do *continuum* entre parentalidade adequada, minimamente adequada ou desadequada, de acordo com o quadro 2.

Os resultados do estudo de fiabilidade seguem igualmente a tendência de outros estudos que apontam os instrumentos de juízo clínico como geradores de menor nível de acordo (Barber, Trocmé, Goodman, Shlonsky, Black, & Leslie, 2007). Por essa razão há quem defenda a utilização de instrumentos atuariais (Kim, Brooks, Kim, & Nissly, 2008).

Quadro 2

Continuum classificativo do exercício da parentalidade

Modelo funcional do comp. parental	Dimensão de avaliação	Adequado	Minimamente adequado	Desadequado com possibilidade de mudança em tempo útil	Desadequado sem possibilidade de mudança em tempo útil
		Recurso principal	Recurso secundário	Dificuldade secundária	Dificuldade principal
Capacidade Parental Modificadores contextuais	Contexto socio-familiar	Não existem problemas importantes no contexto sociofamiliar e existem recursos identificados	Existem problemas no contexto sociofamiliar, mas são reconhecidos como fatores de stresse; a família tem e utiliza recursos adequados para lidar com os problemas ou com as suas consequências. Os problemas não afetaram nem afetam negativamente o desenvolvimento da criança.	Existem problemas importantes no contexto sociofamiliar que prejudicam de forma decisiva o funcionamento da família mas esta reconhece-os como fatores de stresse, embora não se mobilize espontaneamente para lidar com os mesmos. Tais problemas afetaram/afetarão o desenvolvimento da criança. Os PC têm capacidade para desenvolver estratégias de <i>coping</i> e a intervenção é viável a curto-prazo (menos de 1 mês).	Existem problemas importantes no contexto sociofamiliar que prejudicam de forma decisiva o funcionamento da família; esta não os reconhece como fatores de stresse e não se mobiliza para lidar com os mesmos, ou considera-se incapaz de lidar sozinha com eles. Os profissionais que acompanham a família consideram que ela não tem capacidade para lidar sozinha com os problemas identificados.
Capacidade Parental Modificadores relacionais	Saúde e o desenvolvimento da criança Vinculação	A criança não apresenta alterações ao desenvolvimento esperado para a sua faixa etária.	A criança apresenta atrasos de desenvolvimento mas a família é capaz de aceder e acede de forma regular aos apoios necessários (médicos, sociais, etc.). Os atrasos de desenvolvimento da criança não se devem ao comportamento dos PC.	A criança apresenta atrasos de desenvolvimento e a família não acede de forma regular aos apoios necessários (médicos, sociais, etc.). Mas, os problemas da criança serão geríveis/recuperáveis caso os PC desenvolvam as suas competências, ou acedam a intervenções específicas. É viável o desenvolvimento da intervenção dos serviços em tempo útil para a criança.	A criança apresenta atrasos de desenvolvimento e a família não acede de forma regular aos apoios necessários (médicos, sociais, etc.), não obstante estarem disponíveis. Esses atrasos decorrem (no todo ou em parte) do comportamento dos PC que não apresentam capacidades/disponibilidade para desenvolver as competências parentais necessárias.
Competências Parentais	Competências parentais	O papel parental é exercido com competência em todas as áreas.	Existem áreas em que o papel parental não é exercido com competência, mas o PC reconhece tais dificuldades e mobiliza-se para as ultrapassar, por exemplo pedindo ajuda a serviços ou a outros membros da sua rede social.	Existem áreas em que o papel parental não é exercido com competência, mas o PC reconhece tais dificuldades, e tem capacidade/disponibilidade para alterar o seu comportamento e a intervenção está acessível e disponível em tempo útil para a criança.	Existem áreas em que o papel parental não é exercido com competência e o PC não reconhece tais dificuldades, ou as mesmas parecem ser crónicas. O PC não tem capacidade/disponibilidade para alterar o seu comportamento e as suas dificuldades afetam/podem afetar negativamente o desenvolvimento da criança.

Mediadores	Controlo dos impulsos	O PC é capaz de controlar adequadamente os seus impulsos.	Existem algumas dificuldades do PC no controlo dos impulsos mas o mesmo reconhece tais dificuldades e mobiliza-se para as ultrapassar, por exemplo pedindo ajuda a serviços ou a outros membros da sua rede social, protegendo a criança de eventuais consequências de perda do controlo dos impulsos.	A capacidade de controlo dos impulsos na relação com a criança está associada a uma circunstância particular e o PC reconhece tais dificuldades. É possível ajudar o PC a melhorar o controlo dos impulsos, eo PC tem capacidade/disponibilidade para alterar o seu comportamento e tal intervenção está acessível e disponível em tempo útil para a criança.	A capacidade de controlo dos impulsos é uma dificuldade crónica e observável noutros contextos para além da relação com a criança, ou tais dificuldades parecem ser crónicas, não obstante as intervenções já desenvolvidas. O PC não tem capacidade/ disponibilidade para alterar o seu comportamento parental na sequência de intervenção clínica, e as dificuldades do PC afetam/poderão afetar negativamente o desenvolvimento da criança.
Mediadores	Reconhecimento da responsabilidade de pelo prestador de cuidados	O PC reconhece a natureza (o problema) e a amplitude (a gravidade) das dificuldades e está consciente das repercussões das suas atitudes e dos seus comportamentos na criança.	O PC reconhece a natureza (o problema) e a amplitude (a gravidade) das dificuldades embora possa não ter, inicialmente, consciência das repercussões das suas atitudes e dos seus comportamentos na criança. Mobiliza-se para as ultrapassar, pedindo ajuda a serviços ou a outros membros da sua rede social.	O PC mostra-se ambivalente face ao reconhecimento da natureza (o problema) e amplitude (a gravidade) das dificuldades, mas mobiliza-se para as ultrapassar. O PC tem capacidade/disponibilidade para se envolver num acordo de intervenção no qual se incluem ações conducentes à superação das suas dificuldades, e tal acordo é viável em tempo útil para a criança.	O PC não reconhece a natureza (o problema) e a amplitude (a gravidade) das dificuldades e não se mobiliza para alterar o seu comportamento nas áreas problemáticas identificadas, mantendo um comportamento semelhante ao observado quando da sinalização.
Capacidade Parental Estrutura psíquica pessoal	Comportamentos do adulto que afetam a capacidade parental	O PC tem “trunfos” pessoais que apoiam o exercício do papel parental e não existem problemas pessoais que o prejudiquem.	O PC tem “trunfos” pessoais que apoiam o exercício do papel parental, mas existem problemas pessoais, que o prejudicam. O PC reconhece as repercussões de tais problemas e desenvolve ações para as minorar ou existe outro adulto capaz e disposto a compensar os problemas do PC.	O PC tem problemas pessoais que o prejudicam, e reconhece as suas repercussões nas crianças ou noutros membros da família, e está disponível para desenvolver ações para as minorar, ou existe outro adulto no lar capaz e disponível para compensar os problemas do PC. Tais ações ou intervenções estão acessíveis e disponíveis em tempo útil para a criança.	O PC tem problemas pessoais, de ordem crónica que o prejudicam e não reconhece as suas repercussões nas crianças ou noutros membros da família e não existe outro adulto no lar capaz e disponível para compensar tais problemas.
Capacidade parental Modificadores relacionais	Rede social	O PC relaciona-se de forma geralmente positiva e cooperante com os diferentes membros da sua rede social, dando e recebendo apoio social.	O PC relaciona-se de forma geralmente positiva e cooperante com a sua rede social mas apresenta algumas particularidades negativas para com algumas pessoas ou grupos. O PC é capaz de aceder aos recursos disponíveis na sua rede social, satisfazendo adequadamente as necessidades da criança.	O PC tem acesso a uma rede social suficiente para o ajudar a satisfazer as necessidades da criança, mas relaciona-se de forma geralmente negativa e pouco cooperante com os seus diferentes membros. O PC beneficiaria de intervenção que potenciase as suas competências sociais, (ex: cidadania, empowerment, participação social), e tem capacidade/disponibilidade para se envolver na mesma, que está disponível e é viável em tempo útil para a criança.	O PC não tem acesso a uma rede social suficiente e/ou relaciona-se de forma negativa e pouco cooperante com os diferentes membros da sua rede social. O PC não tem capacidade/disponibilidade para melhorar as suas competências relacionais ou tal intervenção não está disponível em tempo útil
	História de acesso aos serviços	Em intervenções anteriores, o PC estabeleceu uma aliança sobretudo positiva com os serviços, observando-se resultados tangíveis no seguimento da intervenção.	O PC apresentou dificuldades de relação ao longo de intervenções anteriores (ex: não comparência) mas tal não inviabilizou o processo, e estabeleceu uma aliança sobretudo positiva com os serviços, observando-se resultados tangíveis no seguimento da intervenção.	O PC estabeleceu uma aliança sobretudo negativa com os serviços mas existem exemplos de alianças positivas. Os serviços considerados pertinentes para o acordo de intervenção a estabelecer poderão adotar metodologias de intervenção associadas a alianças positivas, caso se considere que o PC têm capacidade e disponibilidade para se envolver nas mesmas.	O PC estabeleceu uma aliança sobretudo negativa com os serviços e não existem exemplos de alianças positivas. O acesso aos serviços anteriores não indica que exista probabilidade de serem alcançados resultados positivos em tempo útil para a criança.

Contudo, é importante salientar que a maioria desses estudos foram feitos relativamente a instrumentos de avaliação do risco e não relativos à avaliação das capacidades parentais. E se o risco de mau trato pode associar-se à presença de determinados fatores a partir de uma inferência estatística – se se estiver centrado num raciocínio probabilístico - não se considera que o mesmo tipo de raciocínio possa ser conduzido relativamente à avaliação da capacidade parental.

O instrumento por si só não garante a qualidade das observações; não obstante, a fiabilidade do Guia pode ser potenciada aumentando o tempo de formação/treino acerca da utilização do instrumento (prévio à sua aplicação), e promovendo a supervisão dos profissionais. Considera-se que será benéfico que a formação inicial na utilização do instrumento corresponda a um maior número de horas, nas quais possa abordar-se, de forma mais aprofundada, os fundamentos teóricos e a utilização do instrumento. Neste sentido, propõe-se que a mesma tenha uma duração de 14h e que seja contemplada supervisão subsequente à formação inicial. Considera-se determinante para a qualidade das avaliações que os profissionais das áreas sociais aprofundem a sua capacidade de juízo clínico, de articulação entre si e de comunicação dos resultados aos avaliados e a outros elementos do sistema, como as entidades judiciais e para-judiciais. Tais aspetos, bem como a gestão emocional dos processos, entre outros, deverão ser contemplados nesses espaços de supervisão.

Para além das conclusões relativas ao instrumento, os valores elevados de acordo obtidos em M2, e o *feedback* positivo dos profissionais quanto ao impacto dessas reuniões, sugerem que o mesmo pode facilitar a comunicação e a articulação entre profissionais de diferentes serviços, relativamente à capacidade parental, promovendo uma maior congruência entre as suas posições.

Um dos dilemas éticos com que os profissionais se confrontam - e que foi apontado pelos profissionais que participaram nos *focus groups* - é a necessidade de ponderar entre o tempo útil da criança e o tempo que os pais/prestadores de cuidados necessitam para alterar o comportamento parental. Os processos de mudança terão previsivelmente uma duração maior caso incidam sobre aspetos relacionados com a capacidade parental, que remetem para aspetos mais estruturais, do que se focarem os processos mediadores ou as competências parentais, mais diretamente relacionados com os recursos disponíveis para fazer face às exigências atuais das situações. Por outro lado, à luz do modelo do funcionamento parental, não fará sentido propor um plano de intervenção focado na modificação de competências parentais, sem que se abordem em primeiro lugar os fatores que afetem a capacidade parental. Compreende-se assim que o melhor prognóstico se associe à presença de menos dificuldades ao nível da capacidade parental. Se associarmos os componentes do modelo do funcionamento parental aos itens da grelha de previsão do potencial de mudança, salienta-se que 4 dos seus 9 itens estão efetivamente associados à capacidade parental, e um outro ao eixo diacrónico que aponta a evolução dessa capacidade ao longo do tempo (quadro 3).

O estudo de validade preditiva, desenvolvido com base na grelha de previsão do potencial de mudança que integra o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais aponta a mesma como um instrumento promissor, dado apresentar um valor preditivo positivo em 100% dos casos aos 6 meses, e em 90% dos casos aos 12 meses. O item da grelha em que se observaram mais alterações ao longo do tempo foi “abertura atual, vontade dos pais de procurar e utilizar habitualmente ajuda”. Tratando-se de uma grelha em que se pondera precisamente o prognóstico de mudança, é curioso perceber que os resultados apontam para que os profissionais poderão ter um papel decisivo nesse prognóstico

através da relação que estabelecem com os prestadores de cuidados, corroborando as conclusões de Littell e Girvin (2004) e a perspectiva de Scaife (2013).

Quadro 3

Correspondência entre os componentes do Modelo Funcional do Comportamento Parental e os Itens da Grelha de Previsão do Potencial de Mudança

Modelo Funcional do Comportamento Parental	Itens da grelha de previsão do potencial de mudança
Capacidade Parental - modificadores relacionais	Desenvolvimento da criança
Eixo diacrónico	Aparecimento dos problemas
Capacidade Parental - estrutura psíquica pessoal	Problema psiquiátrico que afeta as capacidades parentais
Capacidade Parental - modificadores relacionais	Utilização dos serviços no passado e sucesso da intervenção
Competências parentais	Competências parentais atuais
Mediadores: processos afetivos e cognitivos	Abertura atual, vontade dos pais de procurar e utilizar habitualmente ajuda
Mediadores: processos afetivos e cognitivos	Aceitação da responsabilidade pelos pais
Mediadores: processos afetivos e cognitivos	Capacidade de conter as tensões
Capacidade Parental - modificadores relacionais	Apoio exterior e capacidade de o utilizar

A avaliação torna-se terapêutica quando os profissionais promovem a “sinergia desenvolvimental” viabilizadora da mudança (Lightburn & Sessions, 2005) que decorre da compatibilização da agenda quadripartida dos prestadores de cuidados (pessoal, problemas e sua resolução, social e aprendizagem e comunitária) com a agenda tripartida dos profissionais (protetora-reguladora, terapêutica e comunitária) (Warren-Adamson & Lightburn, 2005). Situar o prestador de cuidados no processo de mudança de acordo com o modelo trans-teórico da mudança (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) e desenvolver as ações propostas por Scaife (2013, p. 63), de acordo com cada estágio daquele modelo, poderá promover tal sinergia. Esta autora sugere, por exemplo, que na fase de pré-contemplação se encoraje sobretudo a auto-exploração e não a ação, e que na

fase de preparação se encoragem pequenos passos iniciais no sentido da mudança desejada.

O prognóstico será certamente um juízo dinâmico, ainda que não deva ser reativo a alterações pontuais mas deva decorrer de observações repetidas e consistentes; não obstante, os profissionais não devem torná-lo numa “profecia que se auto-cumpre”, cabendo-lhes a responsabilidade de manterem uma “*situational awareness*” (Gambril, 2008), uma consciência da situação atual que requer a capacidade de integrar elementos novos que alterem o prognóstico efetuado. Como refere Cyrulnik (1989, cit. por Panella, 2010, p.33) “O observador observa uma parte da realidade, mas uma simples mudança de atitude faz com que a coisa observada mude de forma”.

As limitações deste trabalho decorrem de dois aspetos principais e transversais aos vários estudos: o tamanho reduzido e a homogeneidade da amostra. Ou seja, os resultados seriam mais consistentes e passíveis de generalização se assentassem num maior número de casos - e de participantes (no caso dos *focus groups*) - e se os mesmos refletissem maior heterogeneidade em termos de condições de avaliação, nomeadamente casos de crianças não acolhidas, e da inclusão doutros prestadores de cuidados que não os pais. Tais limitações apontam para a pertinência de aprofundar estes estudos exploratórios em *designs* mais alargados, heterogêneos e que controlem sistematicamente o processo de recolha de informação.

Para além destas, este trabalho suscitou outras pistas para investigação futura. A nível conceptual, surge desde logo a pertinência de aprofundar o estudo da matriz tridimensional da parentalidade minimamente adequada, da operacionalização deste conceito através dos critérios de classificação das diferentes dimensões de avaliação e do modelo funcional do comportamento parental, no sentido de conhecer a sua consistência

teórica. No que respeita ao próprio instrumento considera-se pertinente para a sua validação que possam ser estudadas as seguintes questões:

- a sua utilização contribui para a diminuição de erros no processo de avaliação?
- os critérios de classificação diferenciam adequadamente o funcionamento dos prestadores de cuidados avaliados em termos da adequação do exercício parental?
- existem diferenças significativas ao nível do sucesso da intervenção com pais, quando a mesma é desenvolvida na sequência das conclusões da avaliação das suas capacidades parentais?
- que associações poderão estabelecer-se entre os perfis da capacidade parental, a hipótese prognóstica e os planos de intervenção subsequentes?
- quais as implicações da sua utilização para a estabilidade do projeto de vida das crianças cujos prestadores de cuidados são avaliados?
- que alterações deverão ser introduzidas no guia de forma a torná-lo útil para avaliar prestadores de cuidados de crianças com mais de 6 anos?

A utilização do Guia, em diferentes momentos, pode contribuir para o registo da evolução da avaliação da criança e dos prestadores de cuidados, e dos juízos efetuados acerca da mesma, facilitando uma leitura desenvolvimental das situações e prevenindo a perda de informação decorrente de alterações nos serviços que as acompanham. Neste sentido, a sua utilização pode revelar-se muito útil em estudos de natureza longitudinal.

Desafios Organizacionais à Implementação do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais

Schwartz (1990, cit. por Brown, 2011) sugeriu que quando o juízo a fazer é afetivo, complexo, há pouca informação disponível ou os constrangimentos de tempo ou exigências simultâneas limitam o espaço de pensamento, é mais provável que as pessoas

usem os seus sentimentos como um atalho para a decisão, em vez de informação mais factual. Estas condições estão frequentemente presentes na prática dos profissionais da área da promoção e proteção. Pretende-se que a implementação do Guia possa contribuir para diminuir eventuais enviesamentos daqui resultantes e qualificar positivamente o processo de avaliação das capacidades parentais, contribuindo efetivamente para a superação de sequelas decorrentes das situações de risco ou perigo e para o bom desenvolvimento das crianças e jovens.

Contudo, concorda-se com Robichaud (2006, cit. por Larocque, 2011) quando refere que uma nova abordagem pode ser fonte de aprendizagem e de valorização para os profissionais, mas pode igualmente afigurar-se como uma fonte suplementar de ansiedade ou de confusão. Porém, a responsabilidade pela qualidade das avaliações recai não apenas sobre os profissionais, mas também sobre as organizações e os sistemas mais alargados em que se enquadram (Turney, Platt, Selwyn, & Farmer, 2012). Reflete-se de seguida sobre alguns desafios que podem colocar-se à adoção do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais.

O tempo

Sendo um instrumento longo, que requer tempo de recolha, sistematização e análise da informação, pode colocar-se a objeção da sua aplicação não ser viável perante a pesada casuística com que os profissionais se confrontam. Contudo, se se refletir no tempo utilizado em avaliações repetidas, inconclusivas, parciais ou enviesadas, provavelmente concluir-se-á pelo benefício de um procedimento demorado, mas rigoroso. Note-se que este tipo de avaliações não deve ser efetuado em momentos de crise, para tomar decisões em situações de perigo iminente para a criança; essas são avaliações do risco/perigo, que remetem para medidas de proteção. Logo, considera-se

que o tempo de avaliação é o tempo necessário para corresponder à sua complexidade. Como afirmam Turney et al. (2012), as avaliações exigem tempo e pensamento.

A formação e supervisão

Turney et al. (2012) designam como “*assessment mindset*” as características que o raciocínio dos profissionais deverá assumir para que possam articular, integrar e dar sentido à informação, à luz de referenciais teóricos claros. O Guia de Avaliação é um instrumento conceptual e teoricamente denso, que implica a articulação de vários referenciais, espelhando a complexidade da temática da parentalidade e da proteção à infância. Neste âmbito considera-se que o “*assessment mindset*” deve implicar a utilização de raciocínio mais analítico do que intuitivo, no quadro de uma epistemologia sistémica, ao longo de todo o processo de recolha e análise da informação. Durante a investigação salientou-se a importância dos profissionais poderem receber formação relativa ao Guia, na qual possam treinar a sua utilização e também de aprofundarem a capacidade de juízo clínico - visto que muitas vezes se centram nos níveis de inferência da observação e mudança, o que pode constituir uma fonte de erro para as avaliações. Reforça-se o entendimento de que o juízo clínico é a competência que diferencia os profissionais da área psicossocial chamados a desenvolver estas avaliações, que sem o mesmo se transformariam em meros relatos descritivos. Foi igualmente evidenciada a importância de aprofundar a formação no que respeita à temática da vinculação, como um modelo teórico de referência. Atender a estas necessidades passará por momentos de formação, mas também de supervisão regular, dirigidos aos profissionais dos vários serviços que gerem e executam as medidas de promoção e proteção.

A formação e a supervisão não anulam a possibilidade de serem cometidos erros durante o processo de avaliação; contudo são espaços de desenvolvimento profissional

essenciais para que o instrumento seja frutuosamente utilizado e que poderão contribuir para a qualidade das avaliações no que toca aos seguintes indicadores (Turney et al., 2012): recolha e registo da informação relevante; relação estabelecida com as crianças e prestadores de cuidados; utilização dos referenciais teóricos; articulação entre os profissionais; e análise da informação e formulação do caso.

Acresce ainda que dado a tomada de decisão se centrar nos profissionais da área judicial e para-judicial, seria importante que os mesmos (incluindo magistrados, advogados, e elementos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens) conhecessem o instrumento e pudessem compreender inequivocamente os conceitos que lhe subjazem, promovendo a adoção de uma linguagem comum e contribuindo para que as decisões tomadas assentem em conhecimento científico e não em referenciais pessoais, como por vezes ocorre.

As práticas organizacionais

Como corolário deste trabalho apontam-se de seguida algumas práticas organizacionais facilitadoras do desenvolvimento de avaliações da capacidade parental, à luz dos referenciais teóricos e do instrumento proposto.

1. Clarificação do processo de avaliação e dos seus diferentes tipos e objetivos, nomeadamente avaliações do risco e avaliações da capacidade parental e das necessidades das crianças e jovens, em termos dos *timings* da sua condução, dos profissionais responsáveis pelas mesmas e das suas implicações;

2. Definição de guia de procedimentos para a condução das avaliações da capacidade parental, conhecido e reconhecido pelos profissionais com competências na área da infância e juventude;

3. Alteração das práticas de intervenção com os pais/prestadores de cuidados, no sentido de um maior envolvimento e participação nos contextos institucionais, inclusive no que respeita a espaços de acolhimento das crianças e jovens; refira-se especificamente a promoção da observação de interações entre a criança e os pais em contextos tão naturalistas quanto possível.

4. Integração, na prática organizacional, de momentos de formação e supervisão, reconhecendo-os como elementos qualificadores da mesma.

De forma a facilitar a apreciação do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais por parte dos profissionais e dos responsáveis pelas organizações, apresenta-se uma sinopse do mesmo, incidindo sobre os requisitos para a sua utilização com base no alinhamento desenvolvido por Holder (2000).

Sinopse do Guia de Avaliação das Capacidades Parentais

a. A que questões ajuda o Guia a responder?

O Guia orienta os juízos clínicos subjacentes às respostas à seguinte questão geral: *será que este prestador de cuidados é capaz, agora e no futuro, de satisfazer as necessidades desta criança?* Tal resposta decorre da integração das seguintes questões específicas, referentes a cada dimensão de avaliação: (D1) Como é que o contexto de vida do prestador de cuidados afeta a sua capacidade parental? (D2) Que desafios específicos coloca esta criança a este prestador de cuidados? (D3) Qual a qualidade da relação de vinculação estabelecida entre ambos? (D4) Que competências parentais demonstra atualmente este prestador de cuidados? (D5) Como é que o controlo dos impulsos afeta a satisfação das necessidades da criança? (D6) Este prestador de cuidados reconhece a responsabilidade inerente à função parental e mobiliza-se em função da

criança? (D7) De que forma é que as características pessoais do prestador de cuidados afetam a sua capacidade parental? (D8) Como é que a rede social afeta a capacidade parental? (D9) Quais os indicadores de que o prestador de cuidados está disponível e é capaz de beneficiar de uma intervenção com vista à promoção do funcionamento parental de forma a melhor satisfazer as necessidades desta criança?

Este instrumento poderá ainda ajudar a responder a três outras questões: (1) Qual a hipótese prognóstica de evolução do comportamento parental? (2) O exercício atual da parentalidade por este prestador de cuidados relativamente a esta criança é ou pode vir a ser, em tempo útil para a criança, minimamente adequado? E (3) sendo viável tal intervenção, que áreas do funcionamento parental deverão ser privilegiadas no plano de intervenção subsequente à avaliação?

b. Que nível de conhecimento é requerido ao utilizador?

O utilizador deve ter formação superior de base na área da psicologia clínica ou do serviço social, e deter conhecimentos diferenciados relativamente ao modelo ecológico do desenvolvimento humano, à epistemologia sistémica e às teorias da vinculação.

c. Que competências são requeridas ao utilizador?

O utilizador deve ser capaz de se relacionar com os prestadores de cuidados, as crianças e jovens de forma clara, empática e promotora da sua participação e envolvimento no processo de avaliação. Deve igualmente deter competências de condução de entrevistas (com crianças, jovens e adultos /capacidade de escuta, expressão verbal e não verbal, capacidade empática, partilha de *feedback*, exploração das respostas, etc.), de observação de interações entre crianças e adultos (nomeadamente prestadores de cuidados), competências cognitivas de análise e integração da informação, de juízo

clínico (aplicação dos modelos teóricos às situações em apreço nos vários níveis de inferência clínica), bem como ser capaz de comunicar e articular a sua ação com outros profissionais, inclusive em termos de elaboração de relatórios escritos.

d. O Guia é aplicável corretamente tendo em conta a elevada casuística dos serviços?

Sim: o Guia não requer ações diferentes das que são habitualmente desenvolvidas nos processos de avaliação; é um instrumento que se destina a guiar o juízo clínico e implica, além do tempo de recolha de informação, tempo de reflexão, o que se concebe como parte integrante da ação habitual dos profissionais.

e. O Guia pode ser aplicado dentro dos “timings” requeridos pela lei de promoção e proteção?

Sim, aconselha-se a que o Guia seja utilizado após um período de avaliação não inferior a 45 dias; dado que a aplicação das medidas de promoção e proteção é geralmente de 3 a 6 meses, a sua utilização é viável. Saliente-se que é importante que as conclusões assentem em observações regulares e não pontuais, que evidenciem padrões de funcionamento.

f. Que formação é requerida para a sua aplicação?

Deve ser assegurada uma formação inicial de 14h (enquadramento teórico e treino de utilização) e supervisão regular.

Nota final

Pretende-se que este trabalho contribua para que a função parental no seu sentido lato possa satisfazer de forma mais adequada as necessidades das crianças e jovens que passam pelos serviços de proteção à infância. A avaliação da capacidade parental é uma parte dessa função, que cabe aos profissionais, mas cujas implicações os transcendem. E não só para os próprios avaliados. Não cabendo no âmbito desta investigação abordar essa temática, deixa-se o desafio de refletir sobre quais seriam os resultados da avaliação da parte de tal função parental exercida pelas comunidades e sociedades. Seria ela minimamente adequada?

Referências Bibliográficas

- Barber, J., Trocmé, N., Goodman, D., Shlonsky, A., Black, T., & Leslie, B. (2007). *The Reliability and Predictive Validity of Consensus-Based Risk Assessment*. Toronto: Centre of Excellence for Child Welfare, 2007.
- Barudy, J. (n.d). La responsabilidad del mundo adulto en la producción del sufrimiento infantil Retrieved, from www.centroexil.org/seccion_infancia.htm
- Brandon, M., Belderson, P., Warren, C., Howe, D., Gardner, R., Dodsworth, J., & Black, J. (2008). *Analyzing child deaths and serious injury through abuse and neglect: What can we learn? A biennial analysis of serious case reviews 2003-2005. Research Report DCSF-RR023. University of East Anglia*. London: Department for Education and Skills. Crown Copyright.
- Brown, H. (2011). The role of emotion in decision-making. *The Journal of Adult Protection*, 13(4), 194-202.
- Çakir, M. (2012). Epistemological Dialogue of Validity: Building Validity in Educational and Social Research. *Education*, 132(3), 664-674.

- Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Michel, G., Poulin, C., Pascuzzo, K., Losier, V., Dumais, M., St-Laurent, D., & Moss, E. (2012). *Attachment theory in the assessment and promotion of parental competency in child protection cases*. Retrieved from <http://www.intechopen.com/books/export/citation/EndNote/child-abuse-and-neglect-a-multidimensional-approach/attachment-theory-in-the-assessment-and-promotion-of-parental-competency-in-child-protection-cases>
- De Rancourt, L., Paquette, F., Paquette, D., & Rainville, S. (2006) *Guide d'évaluation des capacités parentales: Adaptation du guide de Steinhauer: 0 à 5 ans* (3^{éd.}). Montréal: Centres Jeunesse de Montréal.
- Gambrill, E. (2008). Decision making in child welfare: Constraints and potentials. In D. Lindsey & A. Shlonsky (Eds.), *Child welfare research: Advances for practice and policy* (pp. 175-193). New York: Oxford University Press.
- Gillingham, P., & Humphreys, C. (2010). Child protection practitioners and decision-making tools: Observations and reflections from the front line. *British Journal of Social Work*, 40(8), 2598-2616. doi: 10.1093/bjsw/bcp155
- Holder, W. (2000). Prognosis as an assessment construct during cps ongoing intervention. In T. D. Morton & W. Holder (Eds.), *Issues and strategies for assessment approaches to child maltreatment* (pp. 75-85). Duluth: National Resource Center on Child Maltreatment.
- Kellett, J., & J. Apps (2009). *Assessments of parenting and parenting support need: A study of four professional groups*. York, Joseph Rountree Foundation.
- Kim, A., Brooks, D., Kim, H., & Nissly, J. (2008). *Structured Decision Making® and child welfare service delivery project*. Berkeley: University of California at Berkeley, California Social Work Education Center.

- Larocque, R. (2011). *Défis et obstacles associés à l'adoption d'une nouvelle forme de pratique psychosociale auprès des familles: le point de vue d'intervenantes des services psychosociaux*. (Tese de Doutorado). Université du Québec, Trois-Rivières.
- Lightburn, A., & Sessions, P. (2005) (Eds.). *Handbook of Community-Based Clinical Practice*. New York: Oxford University Press.
- Littell, J. & Girvin, H. (2004). Ready or not: Uses of the stages of change model in child welfare. *Child Welfare*, 83(4), 341-366.
- López, M., Casimiro, E., Quintana, J., & Chaves, M. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120.
- Munro, E. (1999). Common Errors of Reasoning in Child Protection Work. *Child Abuse and Neglect*, 23(8), 745–758.
- Panella, M. (2010). Armonización de las competencias en el sistema padres-hijos-profesionales en las etapas tempranas del desarrollo (0-3). *Educación* (45), 21-35.
- Prochaska, J., Diclemente, C., & Norcross, C. (1992). In Search of How People Change: Application to Addictive Behaviour. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Scaife, J. (2013). *Deciding children's futures: An expert guide to assessments for safeguarding and promoting children's welfare in the family court*. Hove: Routledge.
- Stanton, M., & Welsh, R. (2012). Systemic thinking in couple and family psychology research and practice. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(1), 14-30. doi: 10.1037/a0027461

- Steinhauer, P. (1991). *The least detrimental alternative: A systematic guide to case planning and decision making for children in care*. Toronto: University of Toronto Press.
- Tedeschi, R., & Kilmer, R. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 230-237.
- Turney, D., Platt, D., Selwyn, J., & Farmer, E. (2012). *Improving child and family assessments: Turning research into practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Warren-Adamson, C., & Lightburn, A. (2005). Developing a community-based model for integrated family centre practice. In A. Lightburn, & P. Sessions (Eds.), *The handbook of community-based clinical practice* (pp. 261-284). New York: Oxford University Press.

ANEXOS

ANEXO A
CODE BOOK: CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO GERADA PELOS FOCUS GROUP

Categorias	Descrição	Exemplo
1.Avaliação da Parentalidade	Referências relacionadas com o processo de avaliação da parentalidade em termos genéricos	
1.1.Parentalidade	Referências relacionadas com o significado e funções da função parental	FG2: M2: <i>Eu acho que embora reconheça a importância da relação existente ou não entre os pais, portanto a importância da conjugalidade, a importância do relacionamento independentemente dessa relacionalidade, nós cada vez estamos a caminhar para aquilo que são as novas formas de família, mas talvez para modelos familiares em que... menos previsíveis. E em que as relações existentes ou não existentes entre os pais afetivos têm cada vez de ter menos importância na exigência que se tem de ter na relação da parentalidade.</i>
1.1.a Caracterização do conceito	Referências que remetem para a caracterização do conceito de parentalidade	FG3: A2: <i>Qual é a função parental? (...) deve ser aferida de uma forma contextualizada porque ela vai mudando e muda com os contextos e muda com os, os períodos históricos e com as culturas e o que me parece (...) que, ah, as pessoas neste, neste momento não têm a certeza do que é a função parental, portanto, hesitam sobre o que dantes parecia muito claro mas, que agora não o é, com, com todas as mudanças, com as migrações ainda acentuam isso, enfim, todas, cada, (...) família ou (...) cada pai ou cada mãe terá as suas, as suas circunstâncias próprias mas que introduzem alguma, ah, hesitação e alguma ambiguidade sobre o que é o exercício.</i>
1.1.b Modelo de referência	Referências que apontam modelos de referência para o exercício da parentalidade	FG2: M3: <i>(...) eu acho que é fundamental o sentido de cooperação, quer dizer, a capacidade que os pais têm de, de nos aspetos essenciais, estarem de acordo, preservando sempre muito aquilo que às vezes é difícil, (...), proporcionar uma educação com vista à autonomia. (...)E os pais que consigam isto se calhar (...), são mais competentes, (...) desse ponto de vista da parentalidade.</i>
1.2 Parentalidade minimamente adequada	Referências nas quais se clarifica o conceito de "parentalidade minimamente adequada"	FG 3: A1: <i>(...) nem a [parentalidade] ótima está retratada, (...) nem a nível do processo, nem a nível dos resultados, ora o que (...) uma pessoa que nós a... , consensualmente podemos assumir como sendo alguém, com um bom desenvolvimento, (...) também não quer dizer que isto seja só o reflexo da parentalidade. É o reflexo, de muita coisa."</i>
1.2.aCaracterização do conceito	Referências relacionadas com o conteúdo do conceito "parentalidade minimamente adequada"	FG3: A3: <i>Isso tem uma referência (...) sociocultural importante. Porque aquilo que é funcional numa dada..., num dado grupo social ou cultural e que é aceite... A1: num dado tempo... A3: não é num outro.... E nós estamos a assistir muito a isso, até com minorias étnicas e outras...A1: sim, sim, sim! A3: ... aquilo que era funcional, ou que era em determinado contexto deixou de sê-lo, e por vezes as pessoas têm alguma dificuldade em lidar com isso.</i>
1.2.bRelatividade do conceito	Referências relacionadas com a natureza do conceito "minimamente adequado"	FG3: A3: <i>(...) faz-me questionar, se a parentalidade pode ser absoluta, ou seja, se não é possível... A1: Ah, isso não, não; A3: Não, pois não? A2: tem de ser em termos de competências, é essa a diferença... A1: diferenciadas em função do desenvolvimento da criança."</i>

Categorias		Descrição	Exemplo
	1.3 Indicadores de parentalidade minimamente adequada	Referências aos diferentes tipos de indicadores	FG1: T1: <i>Há depois indicadores engraçados que são a percepção da própria família, o que é que eles acham, e isso acontece muitas vezes connosco, dizerem-nos porque é que a minha criança teve de sair de casa, se eu tenho 2 playstations, se tenho uma televisão, se tenho uma sala, se tenho um computador, se tenho isso tudo, portanto aquilo que a família acha que é também importante para manter a criança consigo, ou para exercer a sua parentalidade de forma adequada nem sempre é aquilo que tecnicamente é o mais ajustado.</i>
	1.3.a Paralelismo com negligência	Referências que apontam a ausência de indicadores de parentalidade minimamente adequada como uma dimensão negligente do comportamento parental	FG3: A3: <i>Porque faz parte (...) da negligência, porque se eles estão muito centrados neles próprios, não há uma centração de facto na criança,... A1: Ora, era o que eu ia para dizer, (...) isso de facto traduz a dimensão negligente. A3: A orientação tá, enviesada.</i>
	1.3.b Natureza dos indicadores: qualitativa ou quantitativa	Referências relacionadas com a natureza quantitativa ou qualitativa dos indicadores de parentalidade minimamente adequada	FG3: A2: <i>Não é de dimensões, é o que está a dizer?</i> A1: <i>É! Não é quais são as áreas que eu vou avaliar, mas depois como é que em cada uma dessas áreas eu consigo afinar o suficiente a quantificação do mínimo.</i>
	1.3.c Insuficiência de um tipo de indicadores	Referências que apontam a insuficiência de um tipo único de indicadores	FG3: A1: <i>Ah, então, se vamos ao comportamento, ao resultado na criança, quer dizer, se a gente vai ver o que é que criança é, (...) é assim reflete só a capacidade ou incapacidade do pai? ou da mãe?... A3: Mas (...) a criança pode dar sinais não é?! O seu significado é que (...) só na interação é que se pode [compreender]... A1: Ahhh, pois, mas então (...) temos que ter vários [indicadores]... A2: Hum, hum, pois, é, sim.</i>
	1.3.d Indicadores do indivíduo	Referências que apontam indicadores de parentalidade minimamente adequada fornecidos pelas crianças	FG1: T1: <i>(...) nós percebermos qual é que é a diferença quando a criança está no acolhimento ou quando está na família. Ela pergunta-nos coisas, provavelmente seria a expectativa dela em relação à família, ou seja, quem é que vai ficar com ela à noite, quem é que vai com ele para a escola, quem é que vai tomar conta da mochila dele ou ajudá-lo a fazer a mochila (...) portanto isto às vezes são indicadores de coisas que ou aconteciam na família ou não aconteciam.</i>
	1.3.e Indicadores do microssistema	Referências que apontam indicadores de parentalidade minimamente adequada fornecidos pelos pais/prestadores de cuidados	FG1: T1: <i>no limite temos a responsabilidade, ou seja quando é que nós consideraremos que é capaz de exercer a sua função? Quando conseguir ser responsável por tempo indeterminado, não é, por aquela criança, e se ele conseguir garantir a sua segurança, o seu bem-estar, as questões de higiene, portanto todas as outras questões de vida do dia-a-dia, então aí ele com certeza conseguirá ser uma pessoa competente na sua função.</i>
1.3.f Indicadores do contexto social	Referências que apontam indicadores situados no/s contexto/s de pertença dos pais/prestadores de cuidados	FG2: M1: <i>Há vários outros fatores, (...), naturalmente tem a ver também como eu disse com a situação de stresse, não é, por vários motivos, ou por razões endógenas ou exógenas, designadamente a pobreza, as circunstâncias difíceis de trabalho e de do ponto de vista da sustentabilidade.</i>	

Categorias		Descrição	Exemplo
	1.3.g Operacionalização	Referências que apontam uma forma de operacionalizar os indicadores de parentalidade mínima adequada	FG3: A1: <i>Eu depois começo a pensar, (...) por exemplo (...) um bom indicador, (...) que para mim é fundamental, que é as crianças, os pais acompanham a área escolar dos filhos, vão à escola saber como é que é, falar com os professores, ahh.., agora é assim, quantos são os pais que fazem isto? A3: huuumm, huuumm, pois, mas eu... o problema não é todos fazerem isso, quer dizer alguns fazem, outros acompanham em casa provavelmente não vão à escola, uns delegam noutros porque arranjou atividades ou contextos que lhes dêem enfim, algum enquadramento para fazerem os trabalhos, por exemplo, o problema é os pais têm alguma supervisão, fazem algum acompanhamento, dão algum apoio, não é, os marcadores não têm de ser exatamente os mesmos.</i>
1.4 Princípios orientadores		Referências que apontam princípios orientadores do processo de avaliação da parentalidade	FG2: M4: <i>É. E tem a ver (...) com os absolutos. Não há absolutos em lado nenhum, se formos à procura de absolutos não temos pais em lado nenhum! M1: ...o minimamente adequado. É uma questão que não se pode desistir disso.</i>
	1.4.a Princípios da Lei de Promoção e Proteção e da Convenção dos Direitos da Criança	Referências que apontam princípios destes dois textos legais como devendo estar subjacentes às avaliações da parentalidade	FG1: T2: <i>E acho que também há que salvaguardar as pessoas também das intervenções múltiplas. T1: Sim, o princípio da intervenção mínima quase nunca é respeitado, é uma atrocidade.</i>
	1.4.b Avaliação aprofundada	Referências que apontam como princípio que a avaliação da parentalidade deve ter um caráter aprofundado	FG1: T3: <i>Há uma questão que eu sou sempre muito sensível, que é o seguinte: seja como for aquelas pessoas, mesmo que sejam retiradas da vida próxima da criança, fazem parte da sua história pessoal, e quanto melhor conhecidas estiverem melhor descritas e potenciadas para mim penso que é uma coisa saudável para a própria criança.</i>
	1.4.c Integração da informação	Referências que apontam que a avaliação deve corresponder a um princípio de integração da informação no sentido de ser uma leitura que dê sentido ao conjunto das informações recolhidas	FG3: A3: <i>É, portanto, os múltiplos informantes, os múltiplos contextos, as múltiplas etapas (...), e depois há outra coisa que é sempre uma preocupação, (...), que é, ah, cruzar de facto... A1: A informação. A3: ... informação de diferentes tipos, mais estandardizada, mais objetiva, mais, com apreciação, de facto, mais subjetiva, dos motivos que eles trazem, da forma como elaboram, etc..</i>
	1.4.d Busca do minimamente adequado	Referências que apontam que às avaliações deve estar subjacente o princípio de procurar aquilo que é ou não minimamente adequado no comportamento parental dos prestadores de cuidados a ser avaliados.	FG2: M2: <i>eu acho que é importante por vezes termos esta capacidade de vermos o que é que é mínimo, o que é o essencial, e o que é que realmente depois se pode duma maneira, construir com os próprios pais.</i>

Categorias		Descrição	Exemplo
	1.4.e Multiplicidade de fontes e metodologias avaliação	Referências que apontam que às avaliações deve estar subjacente um princípio de multiplicidade de fontes, metodologias, momentos e contextos de avaliação	<i>FG3: A3: (...) há várias etapas, vários momentos e a diversidade dos contextos de observação que também deve se, ah, e essa então é extremamente importante, porque os pais, que quando se mobilizam para ir visitar as crianças, obviamente que estão, preparados, para se relacionar de determinada maneira e espontaneamente em casa, no, num contexto, ah, mais de surpresa, e eles reagem de outra maneira, não é, e o controlo dos impulsos surge nessa altura, não é fácil.</i>
	1.4.f Partilha de princípios	Referências que apontam a importância dos princípios serem partilhados pelos diferentes intervenientes no processo de avaliação	<i>FG2: M4: (...) e haver um claro intercâmbio, (...) chamar técnicos das instituições, a falar com eles e a ir lá, a tentarem discutir o caso do X, vamos ver como é que é isto, eu estou aqui a representar um menor, (...) vamos tentar chamá-los para ver se estamos todos a lidar com os mesmos, (...) critérios e com os mesmos códigos.</i>
	1.5 Dilemas éticos	Referências que apontam dilemas éticos que se apresentam aos avaliadores durante o processo de avaliação	<i>FG2 : M3: O ponto de vista da psicologia eu acho para quem trabalha é de tentar perceber realmente a verdade, a verdade da qualidade daquela relação afetiva, mas depois vêm estes problemas todos a seguir que é, a capacidade de tradução prática nas outras exigências que a criança tem (...) que é o cuidar e muitas vezes os pais quando se avalia se chega à conclusão que eles são incapazes não é, eles até podem querer mas... eu acho que para quem está, para nós que estamos a avaliar isso, não só os técnicos, quando chega aos tribunais quem tem de decidir é muito, é muito complicado, são aquelas situações que são situações ...M4: de fronteira... M3: de fronteira, mais difíceis, que é decidirmos (...), qual é a capacidade de mudança daqueles pais e quando a relação afetiva não existe ou existe mas é deficiente, é formal, é ... M4: acaba por vir ao de cima... M3: .não há aquela vinculação, consegue-se decidir</i>
	1.5.a Afeto vs competência parental	Referências que apontam o dilema de ponderar entre o afeto que os pais sentem pelos filhos e as suas competências parentais	<i>FG2: M1:... agora isto tem também um aspeto ético, quer dizer essas pessoas que não tenham capacidade de, em tempo útil, fazer a mudança mínima indispensável, têm direito a, se quiserem mudar fora do tempo útil, mudar até para outras parentalidades, quer dizer, tem de ser uma preocupação que não seja excludente, na minha perspetiva, não é. Agora isso às vezes, perturba um bocado os agentes, porque às vezes até há um afeto, (...) mas há uma deficiência profunda no cuidar que não permite que o tempo útil seja respeitado.</i>
1.5.b Criança vs pais	Referências que apontam o dilema de ponderar entre aquilo que é o interesse da criança e o interesse dos pais	<i>FG2: M4: ... mas depois no fim colocarmos sempre a criança, no deve e no haver, tem que haver sempre a criança, tá no centro, os pais queiram mostrar mas não conseguem, vamos ver de facto se, se falta o essencial, que pode cercar o futuro dela, não é? Ou se é chegado o momento de, quando é que é chegado o momento de dizer basta, não é? Vai-se esperar até quando?</i>	
1.5.c Factos reportados vs factos verificáveis	Referências que apontam o dilema de ponderar entre os factos que são reportados e aqueles que são verificáveis em Tribunal	<i>FG2: M1: (...) essa preocupação tal dos factos, às vezes não é muito bem interiorizado, (...) é uma limitação do decisor e uma garantia das pessoas, não é? Só os factos verificáveis, que possam ser verificados, é que... [podem ser considerados].</i>	

Categorias	Descrição	Exemplo
	<p>1.5.d Fiabilidade da avaliação vs confidencialidade</p>	<p>Referências que apontam o dilema entre a necessidade da avaliação ser o mais fiável e fundamentada possível e a confidencialidade a que diferentes profissionais estão obrigados</p> <p><i>FG2: M4: há questões que podem ser, enfim, do passado dos pais e que eles podem não querer mostrar, aah, é-nos lícito tentar procurar, enfim, todas essas questões se podem colocar na prática.</i></p>
	<p>1.5.e Soluções propostas vs viabilidade de concretização</p>	<p>Referências que apontam o dilema entre as soluções propostas pelos técnicos e decisores e a sua viabilidade para a criança e a família</p> <p><i>FG2: M3: (...) a questão da adotabilidade de crianças de 10/12 anos. Uma das consequências (...), é a inibição do poder parental, (...) Mas, também sabemos que estas crianças nesta faixa etária não vão ter facilidade em ser adotadas e a ponderação que eu vou fazer é esta: eu vou declarar a adotabilidade e abrir aqui uma janela, ainda que muito ténue, para que ela possa ser adotada, ou então, eu vou permitir que a criança continue institucionalizada e vou-lhe permitir que ela continue a beneficiar de, da pequena vinculação, desses tais bocadinhos em que ela ainda está com os pais.</i></p>
	<p>1.5.f Tempo útil vs Tempo de mudança</p>	<p>Referências que remetem para o dilema entre o tempo útil para a criança e o tempo necessário para que a mudança de comportamento dos pais seja consistente</p> <p><i>FG2: M2: (...) complicado é quando se nota que eventualmente poderá haver alguma capacidade de mudança mas que essa capacidade de mudança nunca será no tal tempo útil obviamente para a criança.</i></p>
	<p>1.5.g Universalidade do indicador</p>	<p>Referências que remetem para a questão de se o indicador de parentalidade minimamente adequada poderá ser sempre considerado positivo ou negativo</p> <p><i>FG3: A1:(...) é assim, quando entram na escola é mais fácil perceber se os pais acompanham ou não acompanham, se a criança tem aquilo que é pedido, o material, se faz os trabalhos, por exemplo aí se calhar há um indicador que até já conseguiria quantificar que é a criança não tem condições em casa para estudar mas será que isto é necessariamente já um mau exercício da parentalidade? Acho que não!</i></p>
<p>1.6 Conhecimento científico atual</p>		<p>Referências relacionadas com o estado atual do conhecimento científico na área da avaliação da parentalidade</p> <p><i>FG3:A1:(...) o que é uma preocupação maior, uma preocupação séria, e qual é a preocupação mínima? Qual é a força...? Quando entramos nestas, nestes indicadores, eu realmente tenho imensa dificuldade em pensar isto porque eu penso que o atual estatuto da investigação ainda não nos permite responder.</i></p>
	<p>1.6.a Áreas genéricas não especificadas</p>	<p>Referências que apontam áreas de funcionamento parental referidas como pertinentes mas não especificadas durante a discussão</p> <p><i>FG1: T3: quando aquele que é o filho não corresponde àquilo que nós esperávamos dele, até que ponto é que democraticamente também somos capazes de aceitar e de ficar felizes, de manifestar felicidade perante isso, aqui a questão dos afetos e dos esquemas mentais, acho que é muito importante.</i></p>

Categorias		Descrição	Exemplo
1.7 Contexto específico de avaliação		Referências relacionadas com os contextos de exercício da parentalidade em que as avaliações são desenvolvidas	
	1.7.a Conflito interpaparental	Referências relacionadas com o desenvolvimento da avaliação em contexto de conflito/rutura interpaparental	<i>FG2: M3: Num contexto de rutura, portanto, se calhar aquele que mais vezes é submetido a avaliação, não é, porque, quando as coisas vão funcionando livremente ninguém vai avaliar a capacidade paparental, não é, a capacidade paparental avalia-se quando há situações de rutura, ou quando há manifestações externas duma incapacidade, não é, nas situações de rutura, eu acho que é fundamental, o progenitor perceber que o filho continua a ter um pai e uma mãe.</i>
	1.7.b Copaparentalidade	Referências relacionadas com o desenvolvimento da avaliação em contexto de copaparentalidade	<i>FG2: M3: (...) eu diria que numa, num contexto em que, de dupla paparentalidade, portanto em que está presente o pai e a mãe, ah..., eu acho que é fundamental o sentido de cooperação, quer dizer, a capacidade que os pais têm de, de nos aspetos essenciais, estarem de acordo.</i>
	1.7.c Monopaparentalidade	Referências relacionadas com o desenvolvimento da avaliação em contexto de monopaparentalidade	<i>FG1:T2: (...) quando se trata duma família, por exemplo monopaparental, quando está presente só um elemento, para mim é importante também avaliar até que ponto é que esse elemento faz o outro ausente estar presente, não é, por pequenas coisas, ahhh, como conta histórias, tem fotografias, fá-lo presente, porque respeita o espaço que pertenceria simbólica ou fisicamente àquela pessoa.</i>
	1.7.d Regresso à família	Referências relacionadas com o desenvolvimento da avaliação em contexto de reunificação familiar	<i>FG1: T1: (...) no conjunto de famílias que nós também acompanhamos, (...) tem sido fundamental para o retorno, por exemplo, de algumas crianças ao seu meio, (...) as capacidades de resiliência. Apesar de estarem em situação económica difícil, desemprego, outra situação que poderia pôr a família em risco, conseguem efetivamente superar algumas destas, destas condições, e isto é difícil de avaliar.</i>
1.8 Défices observados atualmente nas avaliações		Referências que apontam os défices/limitações atualmente observados nas avaliações da parentalidade	<i>FG1: T3: (...) quando são pedidos pareceres relativamente às qualidades ou às competências paparentais muitas vezes aquilo que chega aos magistrados são avaliações psicológicas do foro intelectual (...) e realmente não há nada que avalie e eu tenho constatado isso, não há nada que avalie as competências paparentais, ou havendo algumas coisas que possa avaliar, muitas vezes o técnico que o faz esquece-se de o fazer, avalia aquela pessoa do ponto de vista intelectual, da personalidade, mas no âmbito das competências paparentais depois não encontramos nada.</i>
	1.8.a Análise da informação	Referências relacionadas com défices observados ao nível da análise da informação recolhida	<i>FG2: M2: E por vezes a avaliação que é feita é muito ai os pais gostam muito porque dizem que gostam muito mas o dizer ou o sentir mesmo às vezes não se traduz em nada e portanto e a criança só conhece aqueles pais, também tem, também tem essa questão, mas será que tem realmente aquela relação da criança presa a uma vinculação forte?</i>
	1.8.b Condução do processo de avaliação	Referências relacionadas com défices observados na forma como o processo de avaliação é conduzido	<i>FG1: T1: (...) e trabalhando os fatores de risco, os fatores de proteção, fazê-lo perceber, não é? Porque às tantas as pessoas ficam muito perdidas, sem saber, (...) era engraçado perceber isto (...) com as famílias, ou aquelas que dizem eu já tenho uma casa, não é, a câmara já me deu uma casa então porque é que as minhas crianças não regressam ? Porque é que mas retiraram ou coisa do género, portanto o enfoque está no sítio errado, mas alguém lhes disse, portanto a pessoa não fez aquele aquele constructo não é, por ela, alguém lhe deve ter dito.</i>

Categorias	Descrição	Exemplo
1.9 Fiabilidade do processo avaliação	Referências relacionadas com aspetos que promovem ou diminuem a fiabilidade das avaliações da parentalidade	<i>FG2: M4: (...) por exemplo neste relatório de caracterização é assinado por uma equipa técnica (...) duma instituição que ajuíza e que toma partido, e o julgador muitas vezes tem uma leitura um pouco sincopada e parcial da forma por exemplo, como (...) são feitas as visitas dos pais aos miúdos.</i>
1.9.a Generalização da utilização de instrumentos de avaliação	Referências que apontam para a utilização generalizada de protocolos de avaliação por parte dos serviços como aspeto promotor da fiabilidade da mesma	<i>FG1: A1: (...) com o conjunto de associações e de IPSS que neste momento fazem o controlo sobre as questões do RSI, aumentou-se a ... quantidade de instrumentos utilizados.</i>
1.9.b Risco de erro na avaliação	Referências que apontam fatores associados ao risco de erro na avaliação	<i>FG3: A1: eles estão sempre a fazer isto quando são avaliados, quando o tribunal os manda e estão ali connosco, eles sabem que estão a ser avaliados, portanto, há sempre, uma dimensão mais artificial daquilo que, que eles são, ah, e isto vai, (...) mudando um bocadinho, às vezes quando se diz, a decisão de (...) recolocar a criança em casa foi má, na altura se calhar não foi, seis meses depois houve um percurso, aconteceu um conjunto de coisas e ativou novamente as dificuldades e a, a inadequação dos pais.</i>
1.10 Metodologia de avaliação	Referências relacionadas com a metodologia utilizada nas avaliações da parentalidade	<i>FG2: M2: (...) no fundo, claro que são realidades diferentes que têm que ser (...) analisadas com os mesmos instrumentos, e com o mesmo grau de exigência. Com um respeito profundo pelas pessoas que estão ali a ser avaliadas e com quem estamos a trabalhar.</i>
1.10.a Medida estandardizada	Referências que apontam a importância de se utilizar uma medida estandardizada nas avaliações	<i>FG1: T1: É, os miúdos passam dum sítio para o outro, mudam às vezes de residência e é necessário começarmos a falar dos mesmos instrumentos. T3: Exato. T2: Sim, sim.</i>
1.10.b Vantagens das observações naturalistas	Referências que apontam as vantagens da observação naturalista das interações pais-filhos, enquanto método de avaliação	<i>FG3: A1: (...) a tarefa estandardizada, faz sentido em avaliações já muito próprias, (...) aqui, crianças muito pequeninas, ah, eu não sei se não seria de manter, as interações que eles estabelecem (...) naquele meio que lhes é proporcionado ali, porque deixa muito mais campo de, abertura, aos pais para fazerem ou não fazerem, como fazerem, e aí (...) têm, uma coisa (...) muito mais, naturalística.</i>
1.11 Processo de avaliação	Referências relacionadas com a forma como a avaliação é abordada e conduzida	<i>FG1: A3: (...) há aqui que manter, acho eu, um equilíbrio muito importante, entre o racional e o emocional porque é preciso avaliar com emoção q.b., A2: huum, huum A3: e racionalmente também q.b..</i>

Categorias		Descrição	Exemplo
	1.11.a Área socio-terapêutica	Referências que apontam aspetos relacionados com a atuação dos técnicos da área social e terapêutica	<i>FG1: A1: (...) nós definindo um nível mínimo, um nível intermédio, e um bom nível um nível bom, poderemos situar a família, e isto é fundamental. Em muitas situações nós encontramos as famílias perfeitamente perdidas, utilizam vários serviços para poder ter alguns indicadores do seu..., portanto vão à câmara, vão à segurança social e toda a gente lhes diz um monte de coisas, mas ninguém lhes diz, "olhe os senhores para terem os vossos filhos consigo, estão aqui e têm este percurso a fazer (...).</i>
	1.11.b Área Judicial	Referências que apontam aspetos relacionados com a atuação dos magistrados	<i>FG2: M2: (...) a avaliação que estão a fazer é uma avaliação sobre o ponto de vista da vossa formação, que é essencial para nós [magistrados], não é, mas no fundo era ... é quase que um mais relativamente, que este conteúdo todo que está aqui é extraordinariamente importante, se nos der, para além deste, os factos M4:... em que assentam essas vossas convicções M2: em que assentam... é ótimo.</i>
	1.11.c Intersecção entre áreas	Referências que remetem para aspetos que constituem os pontos de comunicação entre as diferentes áreas profissionais envolvidas no processo de avaliação, como os relatórios elaborados ou as afirmações em tribunal	<i>FG2: M3: (...) as nossas decisões nos Tribunais, são muito muito resultado, de, daquilo que os técnicos nos dizem, não é, pelo olhar técnico que têm, que nós não temos, que nos está subtraído como é evidente, porque conhecem as pessoas num contexto que é o contexto, portanto não é o da realidade dos tribunais, e portanto (...), é muito importante para nós termos (...) bons relatórios, boas avaliações e termos conclusões, (...) que são conclusões factuais.</i>
1.12 Análise da informação recolhida		Referências relacionadas com a forma como a informação recolhida durante a avaliação deve ser ponderada/analisa	<i>FG3: A1: (...) acho que, haverá uma parentalidade mínima, eu acho é que esta será uma, uma avaliação dinâmica, em que eu tenho que cruzar (...) várias dimensões, lá está, eu tenho que cruzar aqueles parâmetros, depois com a forma como eles são contextualizados por aqueles pais.</i>
	1.12.a Questões a avaliar	Referências que remetem para as questões a que o processo de avaliação deverá responder	<i>FG2: M2: (...) a criança só conhece aqueles pais, também tem, também tem essa questão, mas será que tem realmente aquela relação da criança presa a uma vinculação forte?</i>
	1.12.b Fontes de variabilidade	Referências que apontam fontes de variabilidade nas conclusões da avaliação desenvolvida	<i>FG3: A1: este próprio relatório vai, vai mostrando esta ideia dinâmica, das capacidades e do exercício da parentalidade e o exercício da parentalidade muitas vezes não tem a ver só com determinadas competências que os pais têm, ah, para fazer, é dentro do contexto, às vezes nós mudamos os contextos e mudam, as concretizações.</i>
	1.12.c Cruzamento de dimensões a avaliar	Referências que apontam a pertinência da metodologia de avaliação dever permitir o cruzamento de diferentes dimensões	<i>FG3: A2: o contexto aqui, serve, pra, para contextualizar. A1: Serve para referenciar (...), para nós não atribuímos diretamente ao, ao ser pai e ser mãe naquela família tudo o que acontece, pró melhor e pró pior, portanto é como referência. A3: Para compreendermos.</i>

Categorias	Descrição	Exemplo
1.13 Intervenção em Promoção e Proteção	Referências relacionadas com o processo de intervenção em proteção à infância	<i>FG2: M4: (...) o problema é de facto saber se isto se arrasta demasiadamente no tempo, por isso é que cada vez sou mais adepto de se dar prazos perentórios aos pais sobretudo quando lhes é inteiramente imputável a eles essa capacidade de mudança, para depois então aí, foi-lhes dada uma hipótese, foi-lhes dado um prazo, não fez, tem de se caminhar para outro projeto de vida sendo certo que a criança não pode esperar.</i>
	1.13.a Princípios de intervenção	Referências relacionadas com princípios a ter em conta na intervenção em PP
	1.13.b Dificuldades na intervenção em Promoção e Proteção	Referências que apontam dificuldades sentidas na intervenção em promoção e proteção à infância
	1.13.c Compreensibilidade do processo de intervenção	Referências relacionadas com a compreensibilidade do processo de intervenção pela família e pela criança/jovem
	1.13.d Viabilidade do processo de mudança	Referências relacionadas com a viabilidade do processo de mudança na sequência da intervenção se traduzir numa diminuição/eliminação da situação de risco / perigo para a criança
		<i>FG2: M1: muitas vezes o drama disto ah, a gente vai procurar o interesse superior da criança, é verdade que nós temos, temos de procurar o superior interesse da criança, mas em certas circunstâncias nós, a procura do superior interesse da criança é a procura do menor prejuízo possível M2: É! M3: Exatamente!</i>
		<i>FG3: A2: (...) e quando não as mobilizam [competências parentais] há que saber porquê, se, se não as tem, por isso (...) enfim estas questões (...) do treino das competências parentais, parece que agora é válido (...) em todas as situações e parece-me que nem sempre é... nem sempre é a resposta, não é?! A1: Pois, não é essa a resposta. A2: Porque há outros, outras áreas aqui.</i>
		<i>FG1: T2: Este é um instrumento de avaliação e intervenção ao mesmo tempo, não é? Por isso é que é importante que as pessoas percebam, (...) a própria filosofia e os conceitos que estão aqui porque quando tu estás a falar com as pessoas, não é, neste caso as figuras parentais, ou cuidadores, aah...o que se está a dizer, o que se chama aqui em cada um dos sítios, em cada uma das escalas, etc, é importante, talvez lhes faça lembrar caminhos que têm de ser percorridos, (...), e também no sentido de , de avaliar o grau de consciência do problema e da motivação para a mudança.</i>
		<i>FG2: M2: há um colega que diz, (...) que os acordos de promoção e proteção, relativamente aos pais, parece uma lista, uma lista de deveres... M4: ... um caderno de encargos, M2: ... um caderno de encargos, o senhor tem que tem que tem que tem que... tudo bem, e o como, quer dizer? Como é que se trabalha? Quem é que dá apoio? Como é que...?(...) os tais programas com as famílias têm que ser paralelos a isto.</i>

Categorias		Descrição	Exemplo
2. Guia de Avaliação das Capacidades Parentais		Referências relacionadas especificamente com o Guia de Avaliação das Capacidades Parentais	
	2.1 Questões dos participantes	Referências correspondentes e esclarecimentos pedidos pelos participantes durante o FG relativamente ao instrumento	<i>FG1: T2: uma coisa que eu pergunto é se, tá previsto que este instrumento seja utilizado continuamente, ou seja, pode fazer num dia só mas em vários dias de avaliação, é porque eu não tenho ideia se está aí escrito nalgum lado.</i>
	2.2 Utilidade do Guia	Referências relacionadas com a utilidade prática do Guia	<i>FG1: T2: quanto mais transdisciplinar e plurisetorial o documento for, quanto mais ele permitir uma uniformização de conceitos sem os limitar, entre os diferentes patamares de intervenção, melhor é porque (...), é assim, a CPCJ para tomar uma medida em tempo útil, se tiver esse diagnóstico feito exatamente dessa maneira, não é, portanto, com o acerto entre os conceitos, e for fiável e puder confiar, mais depressa toma a medida, mais depressa protege a criança. Portanto essa questão do ser um instrumento intersectorial, potencialmente, transdisciplinar é extremamente importante.</i>
	2.2.a Para a intervenção técnica	Referências que apontam aspetos da intervenção social e terapêutica em que o Guia pode ser útil	<i>FG1: T1: aquilo que eu me pareceu é que era um instrumento bastante exaustivo, (...) portanto vai ao pormenor nalgumas das situações, (...) no fundo isto o que nos vai dar é em termos de pistas de trabalho, o que é que eu posso fazer, ou seja é dizer que esta família está aqui, mas que eu daqui para a frente em termos da sua mudança o que pistas é que eu tenho, o que vou melhorar, isso para os técnicos será fundamental.</i>
	2.2.b Para a produção de informação	Referências que apontam a utilidade do Guia para a produção de informação relativa à avaliação da parentalidade	<i>FG1: Inv.: este instrumento é um todo suficientemente coerente para nos ajudar a produzir informação? T1: sim!</i>
	2.3 Apreciação geral do Guia	Referências relacionadas com opiniões gerais acerca do instrumento	<i>FG3: A1: (...) ajuda a sistematizar, ajuda também a objetivar algumas coisas e portanto a pessoa não cair só na, (...) olhamos e fazemos um registo assim, fazemos um relatório. Portanto, acho que é um instrumento muito, bom, para (...) aquilo que se propõe.</i>
	2.3.a Adequação ao contexto português	Referências relacionadas com a adequação do Guia ao contexto do sistema de promoção e proteção português	<i>FG2: M4: a pergunta que nos fazem é saber se é, se há alguma coisa que não esteja de alguma forma de acordo com a nossa realidade, porque tudo isto foi pensado para o Canadá, o Canadá francófono, (...) mas acho que até aí tiveram alguma habilidade para conseguir colocar os pontos nos iii e as questões que eu considero as mais pertinentes possíveis sinceramente.</i>
	2.3.b Aspeto inovador	Referências a aspetos inovadores do Guia relativamente a outros instrumentos.	<i>FG1: T2: a questão do potencial de mudança é tão importante estar aqui, porque normalmente não vejo os instrumentos com esta avaliação.</i>
	2.3.c Garantia da fiabilidade da avaliação	Referências que apontam o Guia como uma garantia para a fiabilidade da avaliação	<i>FG1: T3: eu realmente acho que mesmo nós os avaliadores digamos assim, não é, os técnicos, sobretudo quando já temos muita experiência corremos o risco, acho eu, da minha experiência, (...) pelo olho clínico, de saltar alguns dos aspetos, alguns dos pontos, que se não estiverem aahh..mencionados e nós não tivermos que ir seguindo, corremos o risco de os passar.</i>

Categorias		Descrição	Exemplo	
	2.3.d Dimensão do instrumento	Referências relacionadas com a dimensão do instrumento	<i>FG1: T3: eu quando olhei achei grande, nem utilizo o termo que usaste, exaustivo, usei grande, depois comecei a olhar melhor e comecei a perceber que ah...ao mesmo tempo, se me pedissem, o que é que retiravas para o tornar mais reduzido ou mais pequeno, não sei o que tirava nem se tirava alguma coisa.</i>	
	2.3.e Classificação do instrumento	Referências relacionadas com a classificação do instrumento em termos de métodos de avaliação psicológica	<i>FG3: A3: Isto é, isto é uma rating scale, ou seja, é o, o avaliador, que diz sim ou não... A1: (...) Sim, sim. A3: ah, a partir da informação que recolhe, de fontes diversas.</i>	
	2.3.f Atualidade e pertinência dos conteúdos	Referências relacionadas com a pertinência dos conteúdos e com semelhanças com outros instrumentos de avaliação	<i>FG1: T2: Neste ponto está muito desenvolvido, acho muito bem que esteja, que é o da vinculação, eu andei aqui a viajar pela minha vivência como mãe também, (...) está muito exaustivo, acho muito interessante que esteja aqui.</i>	
	2.3.g Suficiência dos conteúdos	Referências que apontam se os conteúdos recolhidos através do guia são suficientes para a elaboração de pareceres técnicos	<i>FG2: M4: E portanto se me pergunta se os conteúdos são úteis e suficientes eu diria mais do que suficientes.</i>	
	2.4 Exequibilidade da utilização		Referências relacionadas com a exequibilidade da utilização do Guia nos serviços de proteção à infância portugueses	<i>FG1: Inv.: Parece-vos que as tarefas que conduzem ao preenchimento do Guia são compatíveis e são adequadas ao processo de acompanhamento dos casos nas nossas instituições? T3: A mim parece-me que sim. T1: Em todas as instituições que neste momento têm equipas técnicas, as equipas técnicas estão habilitadas, não neste que não conhecem, mas noutros provavelmente sim, em alguns semelhantes.</i>
	2.4.a Necessidade de formação	Referências que apontam a necessidade de haver formação dos técnicos sobre a aplicação do Guia	<i>FG1: T1: Exige um técnico muito treinado, para o tornar friendly, para o tornar amigável, exige um técnico muito treinado T2: sim, sim exatamente.</i>	
	2.4.b Sistematização da informação recolhida	Referências relacionadas com as diferentes formas como a informação recolhida poderá ser sistematizada	<i>FG1: T1: Eu acho que o instrumento, como é exaustivo, permite fazer mesmo ao nível do diagnóstico, ou do relatório, (...) uma matriz swot, ou uma análise por stakeholders, ou uma coisa assim, que permita dizer o que é que um espera do outro e dar pistas.</i>	
2.4.c Aplicação faseada	Referências que apontam a pertinência da aplicação do guia ser faseada	<i>FG1: T2: (...) essa questão de o tornar amigável logo ao princípio, explicando que isto é um caminho que vai sendo percorrido, há esta possibilidade, pode ser feito por várias fases (...) torná-lo mais ... alcançável.</i>		
2.5 Lacunas	Referências que apontam aspetos em falta no Guia	<i>FG3: A1: (...) a primeira parte do, do instrumento tá muito virada na busca do que falha, do que não está bem, e muito poucos itens para, o que está bem.</i>		

Categorias		Descrição	Exemplo
	2.5.a Condições de aplicação	Referências que remetem para a falta de explicitação das condições de aplicação do Guia, nomeadamente em relação às fontes de informação e à metodologia de recolha da mesma	<i>FG3: A3: Essas é que não estão, pronto, essas é que não estão caracterizadas [metodologias de recolha de informação], portanto percebemos que há aqui todo um protocolo anterior, de recolha de dados.</i>
	2.5.b Conteúdos não abordados	Referências em que os participantes apontam áreas de conteúdo que o Guia não inclui e que na sua opinião deveriam constar	<i>FG1: T2: (...) há muitos momentos do instrumento que não fala das forças, há muitos momentos em que ele diz problema problema, problema, problema.</i>
	2.5.c Critérios de análise da informação	Referências que apontam a insuficiente explicitação da forma como a informação recolhida é analisada, ou seja, dos critérios usados para essa análise.	<i>FG1: T2: (...) esta questão da classificação da preocupação major ou minor ou força, para mim não ficou muito claro o que é que era exatamente, que parâmetros são estes.</i>
	2.5.d Pistas para aprofundamento da avaliação	Referências relacionadas com a pertinência de se incluírem no instrumento pistas para o aprofundamento posterior da avaliação numa dada área	<i>FG1: T2: (...) aqueles instrumentos [referidos na dimensão 3] são referidos mas não são apresentados e eu pus lá esse ponto de interrogação, que instrumentos serão estes, achava que deveriam ser melhor explicados.</i>
2.6 Sugestões de alteração		Referências a alterações possíveis no Guia de forma a maximizar a sua adequação ao contexto português	
	2.6.a Condições de alteração do Guia	Referências que apontam condições para que o Guia possa ser alterado relativamente ao seu formato inicial	<i>FG1: T1: Isso poderá acontecer também com a utilização destes instrumentos, passado um tempo de utilização, esta dimensão... T3: cai ou são revistos... T1: tipo ok acrescenta ou ... T2: ah sim, ele é dinâmico, assistido, vai ter de ser avaliado.</i>
	2.6.b Alterações estruturais	Referências que apontam alterações à estrutura do guia	<i>FG1: T2: eu pessoalmente gostava que ele [escala do potencial de mudança] estivesse no preâmbulo também, acho que gostava, era importante... T3: muito importante T2: este preâmbulo, não é, é uma espécie de guião que conduz logo a pessoa que está a usá-lo para essa dimensão que eu acho que ela é muito importante.</i>
	2.6.c Alterações de conteúdo	Referências que apontam alterações na terminologia, designações ou conteúdos abordados	

Categorias		Descrição	Exemplo
	2.6.c.1 Definição dos critérios de decisão	Referências que apontam como alteração a definição dos critérios de decisão quanto à classificação a atribuir a cada dimensão	<i>FG3: A1: (...) pensar como, ah, criar critérios que, que levem a, (...) uma tomada de decisão (...) para cada escala tem isto, e depois tem a decisão final, (...) o que eu acho é que, de facto, afinar isto, definir bem o que é que é isto, porque se não tiveram todo um trabalho, muito consolidado, de sistematização da informação, e depois chegamos aqui, e é assim, eu acho (...) que não é, absolutamente, linear que, o que está aqui vá, vá ser colocado.</i>
	2.6.c.2 Designações	Referências que apontam alterações ao nível de designações utilizadas no instrumento	<i>FG1: T1: (...) este é um instrumento de avaliação da parentalidade e falar-se-á sempre em pai e mãe, mas não sei, não faria sentido ter os cuidadores, tendo em conta... T2: Cuidadores, eu acho que sim! T1: Tendo em conta.. ou figuras parentais T3: Ou figuras parentais, podem não ser o pai ou a mãe T1: Mas prevendo a situação de não ser o pai ou a mãe, exatamente T2: Eu gosto da palavra cuidadores, acho que toda a gente percebe, não é? Portanto é a questão do cuidar, não sei, talvez preferisse cuidadores T1: Cada técnico tem um olho clínico para perceber que alguém estará na função de pai ou na função de mãe.</i>
	2.6.c.3 Dimensão de futuro	Referências que apontam como alteração a inclusão de itens que remetam para a antecipação que os pais conseguem fazer dos desafios normativos da parentalidade	<i>FG3: A1: acho que era importante integrar (...) para algumas destas dimensões que aqui têm, não se colocar tanto só no aqui, agora, indo um bocadinho para trás mas, ah, como é que vai ser, mais tarde! (...) era importante estabelecer (...) que capacidades é que estes pais têm, ah, de antecipar, (...) como é que eles imaginam de facto, qual é a importância que estes filhos têm para eles.</i>
	2.6.c.4 Identificação de forças	Referências que apontam como alteração a inclusão de itens que permitam a identificação de forças nas diferentes dimensões avaliadas	<i>FG1: T2: (...) senti falta ao longo do documento, ao longo das diferentes dimensões, que esse momento de facto das forças, dos fatores de proteção, estivesse ali bem expresso e até se calhar em primeiro lugar.</i>
	2.6.c.5 Terminologia	Referências que apontam alterações ao nível da terminologia utilizada	<i>FG2: M4: (...) fala-se aqui em guardas conjuntas ao longo do processo, substituir pelo exercício conjunto das responsabilidades parentais para sermos mais rigorosos.</i>
2.6.d Alterações metodologia de utilização		Referências relacionadas com alterações ao nível da metodologia de utilização do Guia	
	2.6.d.1 Abrangência da subescala 9	Referências que sugerem uma alteração da perspectiva de preenchimento da escala 9	<i>FG2: M1: este aspeto da história dos serviços clínicos não poderia ter uma outra perspetiva que é a história do recurso aos serviços, quer dizer podem não ser só clínicos, mas a capacidade de acesso aos serviços.</i>
	2.6.d.2 Definição de pesos relativos das dimensões	Referências que sugerem a definição de pesos relativos das dimensões em termos de perfil dos resultados	<i>FG3:A2: E estamos a considerar que todos os domínios são igualmente, importantes? A1: Não, eu não. Por isso mesmo é que eu acho que primeiro tem que atribuir pesos. A3: Todos estes, todas estas nove, nove domínios? Pois. A2: Sim, sim.</i>

Categorias		Descrição	Exemplo
	2.6.d.3 Condições de utilização	Referências que sugerem alterações à forma como o guia deve ser utilizado	<i>FG1: T1: (...) deixar aberta a participação de mais técnicos (...) que o instrumento seja centralizador mas que possa ser participado.</i>
	2.6.d.4 Proporcionalidade da utilização	Referências que sugerem a adoção deste princípio de aplicação do Guia, de que a informação deve ser recolhida proporcionalmente ao caso em apreço	<i>FG2: M3: (...) e, eventualmente, a ser aprovado um modelo destes se ele não devia, não devia ser seccionado consoante ... não sei, consoante as situações, que estavam a ser avaliadas.</i>
3. Exemplos práticos		Referências que apontam exemplos práticos do tema em discussão	
3.1 Experiências pessoais		Referências nas quais os participantes referem experiências pessoais	
	3.1.a Exemplos de casos	Referências relacionadas com casos em que os participantes tiveram intervenção direta ou indireta	<i>FG3: A3: pensando num caso concreto que às vezes ajuda mais a concretizar, (...) estou a pensar no caso duma senhora, (...) tem oito filhos todos institucionalizados neste momento, mas sistematicamente o padrão é este, até à entrada na escola primária mais ou menos, ela parece ser capaz de enfim, de prestar os tais cuidados mínimos, (...) e a partir de certa altura (...) os miúdos começam a crescer um bocadinho, ela própria diz, (...) agora tem interesse em, nos termos dela reaver, os pequeninos, a bebé no caso (...) este exemplo faz-me pensar, faz-me questionar, se a parentalidade pode ser absoluta.</i>
	3.1.b Exemplos de práticas profissionais	Referências nas quais os participantes reportam práticas profissionais que adotaram ou com que contactaram	<i>FG2: M4: (...) é óbvio que isto [Guia e relatório enviados] é muito para além daquilo que nós estamos habituados a ver no terreno.</i>
	3.1.c Sentimento face à questão	Referências nas quais os participantes referem o seu sentimento face à questão colocada	<i>FG3: A1: E para mim é muito difícil. Eu acho que, por um lado se calhar estou a complicar muito, não é, (...) estou a pensar mesmo na avaliação.</i>
	3.1.d Vivências pessoais da Parentalidade	Referências nas quais os participantes reportam vivências pessoais da parentalidade	<i>FG2: M3: (...) Nós hoje estamos muito, muito obcecados com darmos aos nossos filhos um conjunto de competências, enchemo-los de atividades extracurriculares, enchemo-los de todas as coisas para eles serem depois competitivos, não é, ah.. e provavelmente, se calhar num caso ou noutro, não estaremos a dotá-los de condições para serem cidadãos autónomos.</i>
3.2 Relatório exemplo		Referências relacionadas com o relatório exemplo distribuído aos participantes	
	3.2.a Apreciação geral	Referências que remetem para apreciações genéricas do relatório	<i>FG2: M3: (...) independentemente depois se fazem a avaliação dos factos com um jargão próprio mas a preocupação de colocar factos concretos, ahh..., e às vezes não, às vezes são conclusões, eu por acaso estava a tentar aqui ler alguns, um caso que pudesse ser... mas aqui têm ... tá bem feito, têm factos M2: Tá bem feito, têm factos, têm..., não, não, ... M4: Factos e depois subsumem ... às várias escalas.</i>

Categorias		Descrição	Exemplo
	3.2.b Elementos pertinentes	Referências que apontam a pertinência de elementos contidos no relatório exemplo	<i>FG2: M4: acho muito, extremamente interessante a parte final quando falam em, (...) fundamentação do (...) parecer, (...) não é só dizer qual é a proposta de medida, mas fundamentar, porque é que vamos por aqui.</i>
	3.2.c Sugestões	Referências que contêm sugestões de alterações a introduzir na estrutura do relatório	<i>FG2: M2: talvez nesta parte da proposta fosse uma proposta mais concreta ou então diria dever-se manter os termos em que, do acordo que já foi... (...) para um compromisso maior dos pais, concretizar um bocadinho mais isto.</i>
4. Processo de Investigação		Referências relacionadas com aspetos do próprio processo de investigação em curso	
	4.1 Ligação com momentos futuros da investigação	Referências nas quais é feita uma associação com momentos futuros da investigação	<i>FG1: T1: (...) é giro ver o que é que os senhores magistrados vão dizer T3: Pois é! T1: eles são homens destas áreas mais pragmáticas.</i>
	4.2 Sínteses	Sínteses feitas pela investigadora	<i>FG1: Inv.: então como resposta a esta última questão, poderíamos dizer que consideram que o Guia é exequível e é adequado às condições que atualmente temos nas nossas instituições, o facto de existirem equipas técnicas com formação, portanto pessoas que já têm formação específica nesta área permite um preenchimento do Guia que seja enfim consentâneo e que respeite aquilo que também é os fundamentos científicos que aqui estão espelhados, não é, que não.. ou melhor dizendo, se calhar que não se faça uma utilização nalguns pontos quase de senso comum daquilo que aqui é perguntado mas se calhar poderemos pensar que existem condições para a aplicação do Guia com o respetivo rigor técnico que se pensa, não é, e que tal aplicação seria exequível sim mas faseadamente. T2: Sim! E com flexibilidade.</i>
	4.3 Sugestão novas investigações	Referências nas quais os participantes sugerem novas investigações	<i>FG2: M1: [o instrumento] é muito importante, também muito útil não é, é muito importante que com base nisso se refletisse um pouco sobre metodologias de formação, formação para aplicação, podia ser também para os vários agentes implicados, não é, era muito importante que se refletisse sobre isso, porque a formação que se faz, que se faz, não é bastante.</i>

ANEXO B
CARACTERIZAÇÃO DO GUIA DE AVALIAÇÃO DAS CAPACIDADES PARENTAIS¹

Área de avaliação	Dimensão de avaliação	Subpontos de avaliação em cada dimensão	Tipo de questão	Tipo de resposta	Exemplo de questão
O contexto	O contexto sociofamiliar	1: Habitação 2: Zona de residência 3: Finanças 4: Área profissional 5: Características pessoais dos pais/prestadores de cuidados 6: Problemas relacionados com as crianças 7: Situação legal 8: Problemas nas relações entre adultos 9: Migração ou mudança de região	Questão fechada: presença/ausência de indicadores Inclui espaço em branco para acrescentar indicadores que o profissional considere pertinentes e não integrem a lista apresentada	Assinalar a alternativa [sim (s)/não(n)/não sabe (?)/não se aplica] (x)	1: <i>Habitação sobrelotada</i> 2: <i>Criminalidade elevada</i> 3: <i>Bens essenciais que não são comprados por falta de dinheiro</i> 4: <i>Desempregado</i> 5: <i>Modo de vida inapropriado (crimes, fraudes, etc.)</i> 6: <i>Número de filhos e intervalo de tempo que os separam</i> 7: <i>Acusações criminais em curso</i> 8: <i>Violência verbal ou psicológica para com o cônjuge</i> 9: <i>Os pais falam português?</i>
Criança	Saúde e desenvolvimento da criança	1. Antecedentes perinatais 2. Problemas de saúde (atuais ou passados) 3. Vacinação 4. Crescimento 5. Desenvolvimento 6. Comportamentos problemáticos 7. Acidente/incidente /hospitalização 8. Medicação e acompanhamento médico	Questão fechada: presença/ausência de indicadores	Assinalar a alternativa com x e (subpontos 7 e 8) em caso afirmativo descrever a situação	1. <i>Gravidez: normal/anormal/desconhecido</i> 2. <i>Problemas de saúde: Nenhum</i> 3. <i>Vacinação: em dia /em atraso/recusada/desconhecido</i> 4. <i>Perímetro craniano: normal/anormal/desconhecido</i> 5. <i>Motricidade fina: em atraso/na média/informação não disponível</i> 6. <i>Auto-mutilação</i> 7. <i>Ocorreu uma hospitalização, acidente ou incidente ligado a uma hipótese de maus tratos ou negligência (equimoses, lesões, fraturas, traumatismo craniano, síndrome da criança abandonada, atraso ponderal, tratamento não administrado, etc.)?</i> 8. <i>Medicação regular: não/sim - motivos</i>

Área de avaliação	Dimensão de avaliação	Subpontos de avaliação em cada dimensão	Tipo de questão	Tipo de resposta	Exemplo de questão
Relação criança – prestador de cuidados	A vinculação	1. Indicadores sobre o padrão de vinculação interiorizado pelo(s) prestador(es) de cuidados avaliado(s) 2. Indicadores sobre o risco de abandono da criança	Questão fechada: presença/ausência de indicadores	Assinalar alternativa : sim (s)/não(n)/não sabe (?) / não se aplica (x)	<i>1. Durante a sua infância o/os prestador/es de cuidados avaliado/s experienciou/aram as situações seguintes? P.e., Vítima de abuso sexual</i> <i>2. A criança viveu uma ou várias das situações seguintes? P.e., A criança foi confiada, uma ou várias vezes, durante longos períodos (mais do que um fim-de-semana ou férias) a um familiar ou a alguém conhecido?</i>
		3. (0-1 ano): Sensibilidade do principal prestador de cuidados (PC) 4. (1-4 anos): Indicadores de insegurança na criança 5. (0-2 anos): Indicadores de perturbação da vinculação 6. (2-6 anos): Indicadores de perturbação da vinculação	Questão fechada: presença/ausência de indicadores	Assinalar os que estão presentes com x	<i>3. O PC dá pouco espaço às iniciativas do bebé (controlador) OU O PC dá espaço às iniciativas do bebé</i> <i>4. Quando a criança regressa para junto do PC, após um momento de afastamento (p.e., porque esteve a jogar ou porque se afastou por outra razão), mostra-se por vezes contrariada ou difícil sem razão aparente.</i> <i>5. Reage à separação, manifestando muito pouco stress ou (pelo contrário) mostrando-se completamente inconsolável.</i> <i>6. Facilmente se torna demasiado familiar com estranhos.</i>
	As Competências Parentais	1. Competências gerais para as crianças de 0 a 5 anos	Questão fechada: frequência da presença de indicadores	Situar na escala : Nunca(0); Raramente(1); Frequentemente(2) Muito frequentemente (3) Não sabe(?) Não se aplica (X)	<i>1. Vestuário adequado (suficientes, adaptados à estação do ano, em boas condições, adaptados à atividade, de tamanho adequado)</i>

Área de avaliação	Dimensão de avaliação	Subpontos de avaliação em cada dimensão	Tipo de questão	Tipo de resposta	Exemplo de questão
Relação criança-prestador de cuidados (cont.)	As Competência Parentais (cont.)	2. Competências específicas para as crianças de 0 a 3 meses 3. Competências específicas para as crianças de 3 aos 10 meses 4. Competências específicas para as crianças de 10 aos 24 meses	Questão fechada: caracterização de padrão de comportamento do prestador de cuidados	Situar num <i>continuum</i> de descritores (gerais ² e específicos), em que ambos os extremos são problemáticos	2. <i>Apoiar a regulação interna do bebé: Raramente disponível para reconfortar a criança / Disponível de forma intermitente / Disponível / Disponível mas sem respeitar as suas necessidades / Demasiado estimulante e caótico</i> 3. <i>Ajudar a criança a distinguir as sensações corporais das emoções: Indiferente aos sinais comunicadas pela criança / Resposta intermitente ou limitada / Resposta adequada / Reação ocasionalmente excessiva aos sinais da criança / Reação excessiva a todos os sinais</i> 4. <i>Apoiar a organização do comportamento, a iniciativa e a interiorização na criança: Não está disponível / Disponível de forma intermitente / Resposta adequada / Resposta desorganizada / Resposta caótica e excessivamente dominadora</i>
Prestador de cuidados	Controlo dos impulsos	1. Problemas de controlo face aos comportamentos da criança 2. Problemas de controlo face ao meio 3. Influência do ambiente no controlo dos impulsos	Questão fechada: frequência da presença de indicadores	Situar na escala : Nunca(0); Raramente(1); Frequentemente(2) Muito frequentemente (3) Não sabe(?) Não se aplica (X)	1. <i>Perde o domínio de si nas expressões verbais de cólera</i> 2. <i>Agressividade física sobre os objetos: bate nos móveis, nas paredes...</i> 3. <i>Se é contrariado pela criança e sente que vai perder o controlo, o PC tem tendência a gerir sozinho o controlo dos seus impulsos (não procura o apoio do cônjuge, dos pais, do terapeuta, de uma criança mais velha, de um confidente ou de um interveniente social).</i>
		4. Evolução no domínio dos impulsos	Questão fechada e questão aberta: presença/ausência de indicadores	Assinalar alternativa : sim (s)/não(n)/não sabe (?)/não se aplica (x) e em caso afirmativo descrever a situação	4. <i>No decurso dos últimos 3 meses houve uma mudança no domínio controlo dos impulsos?</i>

Área de avaliação	Dimensão de avaliação	Subpontos de avaliação em cada dimensão	Tipo de questão	Tipo de resposta	Exemplo de questão
Prestador de cuidados (cont.)	Reconhecimento da responsabilidade	1. Reconhecimento verbal do problema 2. Reconhecimento pela mobilização para a ação	Questão fechada: caracterização de padrão de comportamento do prestador de cuidados	Situar num <i>continuum</i> de descritores (gerais ² e específicos)	1. <i>Nulo / Fraco / Ambivalente / Elevado</i> 2. <i>Imobilismo / Defesa / Conformismo / Envolvimento</i>
	Os fatores pessoais que afetam as capacidades parentais	1. “Trunfos” pessoais 2. Problemas pessoais	Questão fechada: frequência da presença de indicadores	Situar na escala : Muito pouco(0) Pouco(1) Suficientemente(2) Muito(3) Não sabe(?) Não se aplica(X)	1. <i>Flexível (capacidade de ver nuances, de negociar, etc.)</i> 2. <i>Constantemente infeliz, desmotivado, triste, sozinho</i>
	A rede social	1. Modo relacional	Questão fechada: identificação do modo de relacionamento habitual com cada elemento da rede	Assinalar com (x) a/s alternativa /s que mais se adequa/m a cada membro	1. <i>Ausência de ligação/ Relação profunda, positiva, bem cimentada /Relações cordiais, bom entendimento/Cooperação /Conflitos frequentes /Exigências excessivas /Submissão excessiva /Fuga das obrigações/ Conformismo/Controlo/Não sabe/Não se aplica</i>
		2. Apoio social	Questão fechada: identificação do tipo de apoio social que recebe de cada elemento da rede	Assinalar com (x) a/s alternativa /s que mais se adequa/m a cada membro	<i>Ausência de apoio/Apoio emocional /Apoio instrumental / Apoio profissional /Participação social)/Não sabe/Não se aplica</i>
A história de acesso aos serviços	1. Perceção pelo organismo do grau de aliança terapêutica 2. Perceção do prestador de cuidados avaliado quanto à qualidade do serviço recebido	Questão fechada: identificação de indicadores	Assinalar com um (x) os indicadores de tal aliança ser sobretudo positiva ou negativa. É solicitado que se acrescenta outra informação considerada relevante para apreciação destes subpontos	1. <i>Prestador de cuidados avaliado habitualmente regular e pontual nas sessões / Presença sobretudo irregular, atrasos frequentes e desmarcações</i> 2. <i>Frequência e duração das sessões apropriadas / Frequência inapropriada ou irregularidade na duração das sessões</i>	

Área de avaliação	Tipo de questão	Tipo de resposta	Exemplo de questão
Grelha de Previsão do Potencial de Mudança	Questão fechada: identificação de indicadores	Assinalar com (x) a presença de indicadores de potencial de mudança encorajador ou de elevado risco de cronicidade	<i>Aparecimento dos problemas: recente (um problema recente provocou um desequilíbrio no funcionamento familiar e na capacidade dos pais de responder às necessidades desenvolvimentais da criança.) / estado crónico(trata-se de uma incapacidade crónica dos pais/prestadores de cuidados)</i>

Nota. ¹As questões-resumo que integram cada dimensão encontram-se detalhadas no anexo 3, os critérios de classificação de cada dimensão encontram-se no anexo 4,e os itens da grelha de previsão do potencial de mudança encontram-se no ponto 6 do capítulo 2. ² Nos exemplos serão apenas apresentados os descritores gerais, para economia de espaço

ANEXO C
ESTUDO DE FIABILIDADE: ACORDO INTER-PROFISSIONAIS POR QUESTÃO E DECISÃO DE CLASSIFICAÇÃO

Dimensão de avaliação	Questões-resumo	% de concordância total entre os avaliadores em cada questão - sem respostas NS											
		Nº missing cases		Níveis de inferência						Nº decisões não assinaladas		Decisão	
				Nível 1 - Observação		Nível 2 - Juízo Clínico		Nível 3 - mudança e intervenção					
		M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
D1 Contexto	No contexto sócio-familiar, há problemas importantes?	0	0	100	100								
	Dentre os problemas identificados, há elementos reconhecidos pelo(s) prestador(es) de cuidados avaliado(s) como fatores de stress?	0	0			40	70						
	Como é que o prestador de cuidados avaliado gere o seu stress?	2	0			50	90			0	0	90	100
	É plausível que esta situação seja pontual e possa modificar-se mediante certas ações (quais?) ou existe uma situação problemática crónica?	0	0					60	100				
	Em que é que os problemas identificados afetaram/afetam/poderão afetar a criança?	0	0			70	100						
D2 Saúde e desenvolvimento da criança	A criança apresenta um ou vários atrasos de desenvolvimento?	0	0	90	100								
	A criança apresenta um ou vários problemas de saúde?	0	0	80	100					0	0	90	100

Dimensão de avaliação	% de concordância total entre os avaliadores em cada questão - sem respostas NS												
	Questões-resumo	Nº missing cases		Nível 1 - Observação		Nível 2 - Juízo Clínico		Nível 3 - mudança e intervenção		Nºdecisões não assinaladas		Decisão	
		M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
D3 Vinculação	Existe, no prestador de cuidados avaliado, um padrão de vinculação interiorizado problemático suscetível de ser reproduzido na relação com os seus filhos?	4	1			50	100			2	0	60	90
	A história de vinculação da criança é marcada por separações e perdas que podem ter afetado as capacidades de vinculação da criança?	2	1	50	78								
	Encontram-se indicadores de abandono na vida da criança, ou de possibilidade de abandono face a algumas das suas características?	0	0	50	100								
	Os indicadores da sensibilidade materna (criança 0-12 meses) ou de insegurança (criança 1-4 anos) parecem sugerir a presença de um problema no prestador de cuidados avaliado?	4	2			17	100						
	Parece pertinente fazer uma avaliação mais completa com outros instrumentos destinados a avaliar a qualidade da relação entre o prestador de cuidados e a criança, como o Q-Set ou o Q-Set?	2	2			38	88						
	Existem indicadores que sugerem um problema de vinculação sério na criança?	0	0	20	100								
E4- Competências parentais	Atualmente, existem áreas em que o papel parental é exercido com competência?	1	0			11	90			4	0	40	90
	Atualmente, existem áreas em que o papel parental não é exercido com competência?	1	0			44	100						
	Nas áreas problemáticas, seria possível fazer algo para ajudar o prestador de cuidados avaliado a melhorar a sua competência parental?	2	1					25	89				
	Há algumas áreas problemáticas que parecem crónicas, em que nada parece poder modificar-se? Se sim, explique porquê	5	0					43	100				

Dimensão de avaliação	% de concordância total entre os avaliadores em cada questão - sem respostas NS												
	Questões-resumo	Nº missing cases		Nível 1 - Observação		Nível 2 - Juízo Clínico		Nível 3 - mudança e intervenção		Nºdecisões não assinaladas		Decisão	
		M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2			M1	M2
E5 - Domínio dos impulsos	Quais são os elementos mais importantes a reter nas relações do prestador de cuidados avaliado com o seu filho em situação de contrariedade?	2	0	38	80					3	0	40	90
	Se a capacidade de domínio dos impulsos é problemática, tal parece ser uma situação crónica ou antes associada a uma circunstância particular? Qual?	1	0			33	80						
	O prestador de cuidados avaliado tem dificuldades em controlar os seus impulsos noutros contextos para além da relação com os seus filhos?	1	0	67	100								
E6 - Reconhecimento da responsabilidade	O prestador de cuidados avaliado reconhece a natureza (o problema) e a amplitude (a gravidade) das dificuldades?	0	0			60	90			0	0	70	90
	Está consciente das repercussões das suas atitudes e dos seus comportamentos na criança?	0	0			50	80						
	Se se diz interessado em mudar, está de acordo com os objetivos e os meios propostos?	1	0	67	90								
	Mobiliza-se para agir?	0	0	100	100								
E7 Fatores pessoais que afetam as capacidades parentais	O prestador de cuidados avaliado tem "trunfos" pessoais que apoiam o exercício do papel parental?	0	0			70	100			2	0	60	100
	Existem problemas pessoais que prejudicam o exercício do papel parental? Se sim, quais e de que ordem: crónica, situacional, intermitente?	0	0			60	100						
	Já teve necessidade de uma ou várias hospitalizações ou outra forma de tratamento (ex.: desintoxicação)? Recentes ou antigas? Se sim, com que duração e com que intensidade?	1	0	67	90								

	Estes problemas têm repercussões nas crianças ou outros membros da família?	1	0			44	90						
	Como é que cada criança interpreta os problemas do prestador de cuidados avaliado e quais são as consequências?	1	1	56	100								
	Existe outro adulto no lar capaz, e disposto, a compensar os problemas do prestador de cuidados avaliado afetado?	0	0			80	100						
E8	Considerando o conjunto de pessoas ou organismos com os quais o prestador de cuidados avaliado se relaciona, qual é o modo relacional mais frequente?	2	1			38	56						
Rede social	O prestador de cuidados avaliado tem particularidades com certas pessoas ou certos grupos de indivíduos (por exemplo o prestador de cuidados avaliado é geralmente cordial exceto com os profissionais dos serviços sociais)?	1	0	33	100					3	0	60	90
	O prestador de cuidados avaliado tem acesso a apoio social? Se sim, o mesmo é suficiente e adequado para apoiar o exercício das suas capacidades parentais?	0	0					40	80				
E9	Que mudanças os serviços clínicos ajudaram o(s) prestador(es) de cuidados avaliado(s) a realizar?	1	0					44	90				
O acesso aos serviços	Existe uma abordagem ou um tipo de serviço que parece ter mais sucesso junto do prestador de cuidados avaliado?	2	1					38	100				
	Com os elementos que conhece sobre o acesso aos serviços, qual é a probabilidade que este(s) pais/prestadores de cuidados têm de poder beneficiar atualmente da ajuda dos serviços?	4	0					50	100	4	0	50	90
	O que é que, na intervenção dos serviços, pode potenciar um comportamento de menor/ausência de cooperação/mudança por parte do(s) pais/prestadores de cuidados ?	8	1					100	100				

ANEXO D
CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO

	Recurso principal Inexistência de dificuldades assinaláveis	Recurso secundário Dificuldade gerível atualmente pelo/s prestador/es de cuidados (PC)	Dificuldade secundária Dificuldade gerível caso o/s prestador/es de cuidados desenvolvam competências parentais específicas E/OU haja intervenção dos serviços ou modificação de circunstâncias ambientais	Dificuldade principal Dificuldade ingerível pelo/s prestador/es de cuidados no momento atual
Contexto socio-familiar	Não existem problemas importantes no contexto sociofamiliar e existem recursos identificados, nomeadamente.....	Existem problemas no contexto sociofamiliar, mas tais problemas são reconhecidos como fatores de stresse pelo/s PC, e não prejudicam de forma decisiva o funcionamento da família; ou seja, a família tem e utiliza recursos adequados para lidar com os mesmos ou as suas consequências e os problemas identificados não afetaram nem afetam negativamente o desenvolvimento da criança.	Existem problemas importantes no contexto sociofamiliar, que prejudicam de forma decisiva o funcionamento da família mas o/s PC reconhece/m tais problemas como fatores de stresse, embora não se mobilize/m espontaneamente para lidar com os mesmos. E tais problemas afetaram, afetam ou poderão vir a afetar negativamente o desenvolvimento da criança. Os fatores de stresse atuais serão geríveis caso o/s PC desenvolva/m estratégias de <i>coping</i> , nomeadamente..... E o/s PC têm capacidade para desenvolver tais estratégias Ou é necessário que exista/m a/s seguinte/s intervenção/ões E é viável o desenvolvimento da intervenção dos serviços a curto prazo (menos de 1 mês).	Existem problemas importantes no contexto sociofamiliar, que prejudicam de forma decisiva o funcionamento da família. O/s PC/s não reconhece/m tais problemas como fatores de stresse e, como tal, não se mobiliza/m para lidar com os mesmos, ou considera/m-se incapaz/es de lidar sozinho/s com os problemas identificados, e/ou os profissionais que acompanham a família consideram que a mesma não tem capacidade para lidar sozinho com os problemas identificados (justifique). E os problemas identificados afetam negativamente o desenvolvimento da criança. Ou o/s PC não tem capacidades suficientes para desenvolver estratégias de coping. E/ou não é viável o desenvolvimento da intervenção dos serviços em tempo útil para a criança.
Saúde e o desenvolvimento da criança	A criança não apresenta alterações ao desenvolvimento esperado para a sua faixa etária.	A criança apresenta um ou vários atrasos de desenvolvimento mas a família é capaz de aceder e acede de forma regular aos apoios necessários (médicos, sociais, etc.). E os atrasos de desenvolvimento da criança não se devem ao comportamento do/s PC.	A criança apresenta um ou vários atrasos de desenvolvimento e a família não acede de forma regular aos apoios necessários (médicos, sociais, etc.). Mas , os problemas da criança serão geríveis/recuperáveis caso o/s PC desenvolva/m as seguintes competências: e/ou é necessário que exista/m a/s seguinte/s intervenção/ões:..... E o/s PC apresenta/m capacidades suficientes para desenvolver as competências acima descritas e é viável o desenvolvimento da intervenção dos serviços em tempo útil para a criança.	A criança apresenta um ou vários atrasos de desenvolvimento e a família não acede de forma regular aos apoios necessários (médicos, sociais, etc.), não obstante estarem disponíveis, e a criança apresenta atrasos de desenvolvimento que decorrem (no todo ou em parte) do comportamento do/s PC. E o/s PC não apresenta/m capacidades/disponibilidade para desenvolver as competências parentais necessárias para lidar com a criança.

Dimensão de avaliação	Recurso principal	Recurso secundário	Dificuldade secundária	Dificuldade principal
Vinculação	O PC não apresenta indicadores de ter desenvolvido um padrão de vinculação problemático suscetível de ser reproduzido na relação com os seus filhos, e os indicadores de sensibilidade (criança 0-12 meses) ou de insegurança (criança 1-4 anos) não sugerem a presença de um problema.	Existem, no PC, experiências/vivências infantis problemáticas, mas os indicadores da sensibilidade do principal prestador de cuidados (criança 0-12 meses) ou de insegurança (criança 1-4 anos) não sugerem a presença de um problema no PC. E o PC reconhece o impacto das suas experiências de infância no exercício da parentalidade, e altera o seu comportamento na sequência desse reconhecimento feito com pares ou em contexto terapêutico.	Existe no PC um padrão de vinculação interiorizado problemático suscetível de ser reproduzido na relação com os seus filhos e o PC reconhece o impacto das suas experiências de infância no exercício da parentalidade. E a criança apresenta indicadores de perturbação da vinculação e/ou os indicadores da sensibilidade do principal PC (criança 0-12 meses) ou de insegurança (criança 1-4 anos) sugerem a presença de um problema no PC. Mas este tem capacidade/disponibilidade para alterar o seu comportamento parental na sequência de intervenção clínica e tal intervenção está acessível e disponível em tempo útil para a criança.	Existe no PC um padrão de vinculação interiorizado problemático suscetível de ser reproduzido na relação com os seus filhos e o PC não reconhece o impacto das suas experiências de infância no exercício da parentalidade. E a criança apresenta indicadores de perturbação da vinculação e/ou os indicadores da sensibilidade do principal prestador de cuidados (criança 0-12 meses) ou de insegurança (criança 1-4 anos) sugerem a presença de um problema no PC. E o PC não tem capacidade/ disponibilidade para alterar o seu comportamento parental na sequência de intervenção clínica, ou tal intervenção não está acessível e disponível em tempo útil para a criança.
Competências parentais	O papel parental é exercido com competência em todas as áreas.	Existem áreas em que o papel parental não é exercido com competência, mas o PC reconhece tais dificuldades e mobiliza-se para as ultrapassar, por exemplo pedindo ajuda a serviços ou a outros membros da sua rede social.	Existem áreas em que o papel parental não é exercido com competência, mas o PC reconhece tais dificuldades, e existem ações possíveis e adequadas à especificidade do caso, nomeadamente....., com vista a ajudá-lo a melhorar a sua competência parental. E o PC tem capacidade/disponibilidade para alterar o seu comportamento parental na sequência de tais ações, e tal intervenção está acessível e disponível em tempo útil para a criança.	Existem áreas em que o papel parental não é exercido com competência e o PC não reconhece tais dificuldades no exercício da parentalidade. Ou as mesmas parecem ser dificuldades crónicas, em que nada se tem modificado, não obstante as intervenções já desenvolvidas. E o PC não tem capacidade/disponibilidade para alterar o seu comportamento parental na sequência de intervenção clínica, e as dificuldades do PC afetam/poderão afetar negativamente o desenvolvimento da criança.

Dimensão de avaliação	Recurso principal	Recurso secundário	Dificuldade secundária	Dificuldade principal
Controlo dos impulsos	O PC é capaz de controlar adequadamente os seus impulsos.	Existem algumas dificuldades do PC no controlo dos impulsos, mas o mesmo reconhece tais dificuldades e mobiliza-se para as ultrapassar, por exemplo pedindo ajuda a serviços ou a outros membros da sua rede social, protegendo a criança de eventuais consequências de perda do domínio dos impulsos.	A capacidade de controlo dos impulsos na relação com a criança é uma dificuldade associada a uma circunstância particular e o PC reconhece tais dificuldades. Existem ações possíveis (acompanhamento psicológico ou mobilização de pessoas da rede social capazes de conter eventuais situações de tensão) e adequadas à especificidade do caso, com vista a ajudar o PC a melhorar o controlo dos impulsos, nomeadamente..... O PC tem capacidade/disponibilidade para alterar o seu comportamento parental na sequência de tais ações e tal intervenção está acessível e disponível em tempo útil para a criança.	A capacidade de controlo dos impulsos é uma dificuldade crónica e observável noutros contextos para além da relação com a criança. Ou tais dificuldades parecem ser crónicas, em que nada se tem modificado, não obstante as intervenções já desenvolvidas. O PC não tem capacidade/ disponibilidade para alterar o seu comportamento parental na sequência de intervenção clínica, e as dificuldades do PC afetam/poderão afetar negativamente o desenvolvimento da criança.
Reconhecimento da responsabilidade de pelo prestador de cuidados	O PC reconhece a natureza (o problema) e a amplitude (a gravidade) das dificuldades e está consciente das repercussões das suas atitudes e dos seus comportamentos na criança.	O PC reconhece a natureza (o problema) e a amplitude (a gravidade) das dificuldades embora possa não ter, inicialmente, consciência das repercussões das suas atitudes e dos seus comportamentos na criança. Reconhece tais dificuldades e mobiliza-se para as ultrapassar, por exemplo pedindo ajuda a serviços ou a outros membros da sua rede social.	O PC mostra-se ambivalente face ao reconhecimento da natureza (o problema) e amplitude (a gravidade) das dificuldades, mas mobiliza-se para desenvolver ações para as ultrapassar. O PC tem capacidade/disponibilidade para se envolver num acordo de intervenção no qual se incluem ações conducentes à superação das suas dificuldades, e tal acordo é viável em tempo útil para a criança.	O PC não reconhece a natureza (o problema) e a amplitude (a gravidade) das dificuldades e não se mobiliza para alterar o seu comportamento nas áreas problemáticas identificadas, mantendo um comportamento semelhante ao observado quando da sinalização.
Comportamentos do adulto que afetam a capacidade parental	O PC tem “trunfos” pessoais que apoiam o exercício do papel parental e não existem problemas pessoais que o prejudiquem.	O PC tem “trunfos” pessoais que apoiam o exercício do papel parental, mas existem problemas pessoais, de ordem situacional ou intermitente, que o prejudicam. O PC reconhece as repercussões de tais problemas nas crianças ou noutros membros da família e desenvolve ações para as minorar ou existe outro adulto no lar capaz e disposto a compensar os problemas do PC.	O PC tem problemas pessoais, de ordem situacional ou intermitente, que o prejudicam, e reconhece as suas repercussões nas crianças ou noutros membros da família, e está disponível para desenvolver ações para as minorar, nomeadamente..... ou existe outro adulto no lar capaz e disponível para compensar os problemas do PC. Tais ações ou intervenções estão acessíveis e disponíveis em tempo útil para a criança.	O PC tem problemas pessoais, de ordem crónica que o prejudicam e não reconhece as suas repercussões nas crianças ou noutros membros da família e não existe outro adulto no lar capaz e disponível para compensar tais problemas.

Dimensão de avaliação	Recurso principal	Recurso secundário	Dificuldade secundária	Dificuldade principal
Rede social	O PC relaciona-se de forma geralmente positiva e cooperante com os diferentes membros da sua rede social, dando e recebendo apoio social.	<p>O PC relaciona-se de forma geralmente positiva e cooperante com os diferentes membros da sua rede social, mas apresenta algumas particularidades negativas para com algumas pessoas ou grupos.</p> <p>O PC é capaz de aceder aos recursos disponíveis na sua rede social, satisfazendo adequadamente as necessidades da criança.</p>	<p>O PC tem acesso a uma rede social suficiente para o ajudar a satisfazer as necessidades da criança, mas relaciona-se de forma geralmente negativa e pouco cooperante com os diferentes membros da mesma.</p> <p>O PC beneficiaria de intervenção que potenciasses as suas competências sociais, (ex: cidadania, <i>empowerment</i>, participação social), nomeadamente..... e tem capacidade/disponibilidade para se envolver em tal tipo de intervenção, que está disponível e é viável em tempo útil para a criança.</p>	<p>O PC não tem acesso a uma rede social suficiente para o ajudar a satisfazer as necessidades da criança, e/ou relaciona-se de forma geralmente negativa e pouco cooperante com os diferentes membros da sua rede social.</p> <p>O PC não tem capacidade/disponibilidade para melhorar as suas competências relacionais ou tal intervenção não está disponível ou não é viável em tempo útil para a criança.</p>
História de acesso aos serviços	Em intervenções anteriores, o PC estabeleceu uma aliança sobretudo positiva com os serviços, observando-se resultados tangíveis no seguimento da intervenção.	O PC apresentou dificuldades de relação ao longo de intervenções anteriores (ex: não comparência) mas tal não inviabilizou o processo, e estabeleceu uma aliança sobretudo positiva com os serviços, observando-se resultados tangíveis no seguimento da intervenção.	O PC estabeleceu uma aliança sobretudo negativa com os serviços mas existem exemplos de alianças positivas. Tais exemplos estão associados a alguma metodologia particular de intervenção? (Se sim, qual?) Os serviços considerados pertinentes para o acordo de intervenção a estabelecer poderão adotar metodologias de intervenção associadas a alianças positivas, caso se considere que o PC têm capacidade e disponibilidade para se envolver nas mesmas, nomeadamente.....	O PC estabeleceu uma aliança sobretudo negativa com os serviços e não existem exemplos de alianças positivas. O acesso aos serviços anteriores não indica que exista probabilidade de serem alcançados resultados positivos em tempo útil para a criança.